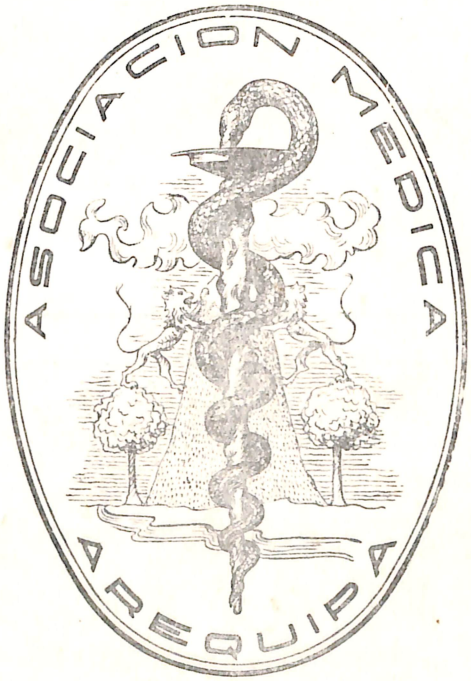
REVISTA MEDICA

DE

AREQUIPA

ORGANO DE LA

ASOCIACION MEDICA DE AREQUIPA



VOL. IV

No. 1

ABRIL 1953

EST. GRAF. LA COLMENA S. A.

AREQUIPA - PERU

PARA:

HEPATOPATIAS

ATEROSCLEROSIS

INTOXICACIONES

PRE Y POST-OPERATORIO.

LUSA

MEGOLIN

Ampollas de 10 cc., en estuches individuales, conteniendo 2 Gm. de Metionina y 500 mg. de Acido Ascórbico.

UN PRODUCTO

LUSA

UN PRODUCTO DIETETICO VITAMINADO PARA COMPLETAR ALIMENTACION DE NIÑOS

LACTARINA

Asegura una ingestión adecuada de Calcio, Fósforo y Vitaminas.

FORMULA:

Calcio fosfato	332 mg.	Vitamina "A"	13.332 U. I
Calcio carbonato	166 mg.	Vitamina "B1"	32 mg.
Calcio lactofosfato	166 mg.	Vitamina "C"	332 mg.
Sodio Citrato	332 mg.	Vitamina "D2"	6.666 U. I.
Sodio Cloruro	166 mg.	Harinas de Trigo y Arroz	
Sodio Bicarbonato	332 mg.	Aromatizado c. s. p.	100 mg.

UN PRODUCTO

LUSA

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

EL LACTOGENO

Leche en polvo modificada
para la alimentación normal del lactante,
está ahora enriquecido con vitaminas A y D,
y con hierro orgánico
en cantidades suficientes para cubrir
las necesidades normales del niño.

ANÁLISIS DEL "LACTÓGENO"

	En polvo	Disuelto en 7 partes de agua
Grasa	24.2 %	3.0 %
Proteínas	16.9 %	2.1 %
Lactosa	53.1 %	6.6 %
Sales minerales	3.6 %	0.4 %
Agua	2.2 %	87.9 %
Calorías por 100 g	512	64

Cada 100 g de "Lactógeno"
están reforzados con

	En polvo	Disuelto en 7 partes de agua
Vitamina A	1500 U.I.	187 U.I.
Vitamina D	322 U.I.	40 U.I.
Hierro orgánico	5.9 mg	0.73 mg

INR-24

Biblioteca
Enrique Encinas
Hospital Victor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

TONICO
PULMO-SAN

Simple y compuesto con Creosota y Guayacol

Reconstituyente y Espectorante indicado
para la Convalecencia de afecciones
PULMONARES Y BRONQUIALES

RICO EN:

Extracto de Malta, Hierro, Hipofosfitos
de Potasio, Calcio, Magnesio y Quinina

Recomendado por los **Laboratorios Portugal**

Antigua Botica del Pueblo

Fundada en 1864

Stock permanente de especialidades Nacionales y Extranjeras

Preparación Garatizada de Recetas - Atención Esmerada

San Juan de Dios 200

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

GENEVIS

600.000 U. I DE VITAMINA D2

EFICACIA OPTIMA

TOLERANCIA PERFECTA

SABOR AGRADABLE

Que permite administrarlo facilmente a los niños.

Ginebra Laboratorios OM Suiza

CYNABIL

VALISO COLAGOGO - COLERETICO

- EXTRACTO DE ALCACHOFA
- EXTRACTO DE BOLDO
- PODOFILINA
- EVONIMINA
- HIEL DE BUEY
- HEXAMETILENO TETRAMINA.

Ginebra Laboratorios OM Suiza

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NUEVO ANTIBIÓTICO ABBOTT

eficaz por vía oral

PANTOMICINA

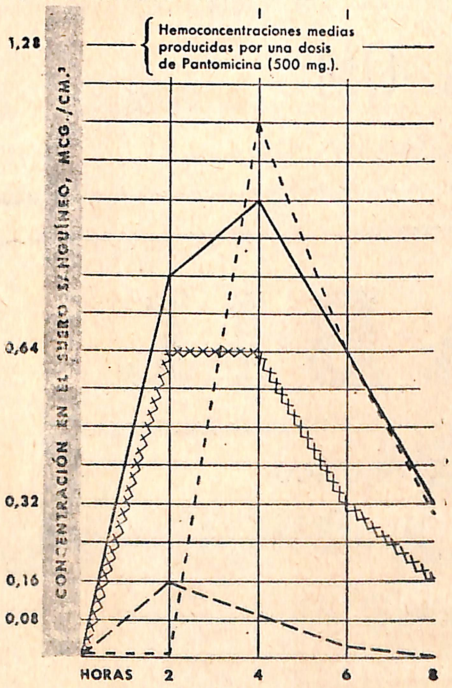
MARCA REGISTRADA

(ERITROMICINA ABBOTT)

EN TABLETAS CON CUBIERTA ESPECIAL, *de baja toxicidad.*

ESPECIALMENTE EFICAZ CONTRA GÉRMENES GRAM-POSITIVOS

MAYORES NIVELES SANGUÍNEOS, PRODUCIDOS POR LAS TABLETAS CON CUBIERTA ESPECIAL



- - - - - - tabletas con cubierta especial, durante las comidas.

——— tabletas con cubierta especial, ½ hora antes de las comidas.

XXXXXXX tabletas corrientes, ½ hora antes de las comidas.

— — — — tabletas corrientes, 1 hora después de las comidas.

Esta gráfica demuestra que las tabletas de PANTOMICINA con cubierta especial, producen hemoconcentraciones más altas que las obtenidas con las tabletas ordinarias, sobre todo si la droga se administra en el momento de las comidas.

INFORMES FAVORABLES publicados por varios investigadores[1-4] indican que el grupo de los antibióticos contiene un nuevo y eficaz producto.

El nuevo antibiótico se llama PANTOMICINA, es decir, eritromicina Abbott. La PANTOMICINA por vía oral es eficaz contra gran variedad de gérmenes, especialmente los gram-positivos, pero también contra ciertos gram-negativos.

La PANTOMICINA se suministra en tabletas con *cubierta especial*, que impide los efectos destructivos del jugo gástrico, permite una rápida absorción por el tracto intestinal superior, y disimula el sabor amargo. Esta *cubierta especial* permite obtener niveles sanguíneos más altos que los obtenidos con las tabletas ordinarias, sobre todo si la droga se administra en el momento de las comidas.

Los informes clínicos y de laboratorio indican que la PANTOMICINA es poco tóxica. Usando la dosificación recomendada no se han registrado efectos secundarios serios: solamente en algunos casos, náuseas, diarrea y vómitos. Es de esperar una menor incidencia de reacciones tóxicas, pues la PANTOMICINA no disminuye la cantidad de *E. Coli* en el intestino. En consecuencia, hay menos tendencia a que se produzcan alteraciones de la flora intestinal.

La PANTOMICINA está indicada generalmente en infecciones producidas por estafilococos, estreptococos, y neumococos. En muchos aspectos su espectro antibacteriano es análogo al de la penicilina. Sin embargo, la PANTOMICINA difiere en algo importante: es eficaz contra gérmenes gram-positivos que se han vuelto resistentes a la penicilina u otros antibióticos.

El tratamiento con PANTOMICINA se aconseja en diversas infecciones, como faringitis, amigdalitis, **erisipela** neumonía neumocócica, ósteomielitis, piodermias, y otras producidas por gérmenes sensibles al antibiótico.

Al igual que sucede con otras drogas nuevas, no se pueden conocer sus posibles efectos secundarios hasta que transcurra cierto tiempo. Por consiguiente, siempre que sea necesario el tratamiento prolongado o repetido con PANTOMICINA, se deberá vigilar a los enfermos, ante la contingencia de signos de toxicidad.

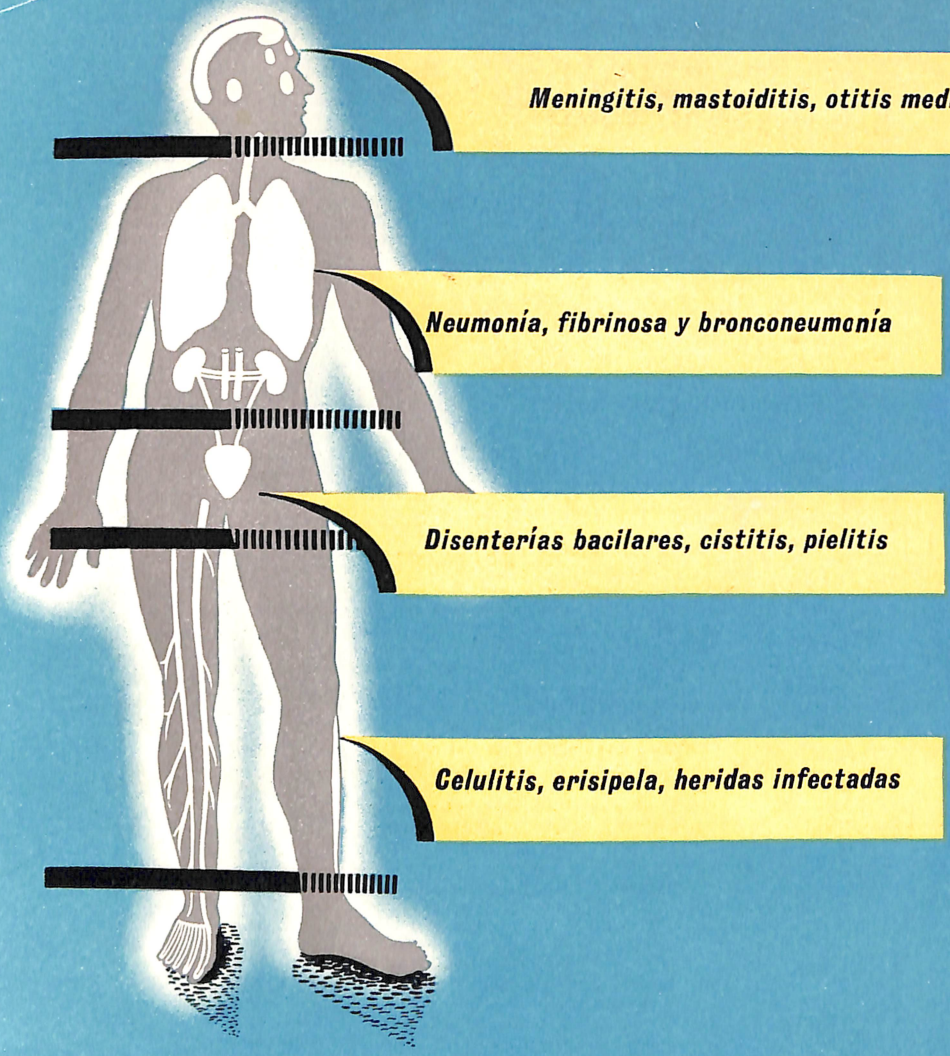
PANTOMICINA en tabletas de 0,10 gm. con cubierta especial; frascos de 25 tabletas. Al principio el suministro será muy limitado.

1/Haight, T. H., y Finland, M., Laboratory and Clinical Studies on Erythromycin, New Eng. J. Med., 247:227, 14 de agosto, 1952. 2/McGuire J. M., y col., Antibiotics & Chemotherapy, 2:281, junio, 1952. 3/Heilman, F. R., Herrel, W. E., Wellman, W. E., y Geraci, J. E., Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 27:285, 16 de julio, 1952. 4/Rammelkamp, C. H., A Method for Determining the Concentration of Penicillin in Body Fluids and Exudates, Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., 51:95-97, 1942.

ABBOTT LABORATORIES DEL PERU, S. A.

AVENIDA BRASIL 2730 - LIMA - PERU

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



'SULPHAMEZATHINE'

NOMBRE REGISTRADO

'SULPHAMEZATHINE' desarrolla un amplio margen de actividad antibacteriana, y puede emplearse en todas las indicaciones de las sulfamidas.

ICI

IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD.

Compañía subsidiaria de Imperial Chemical Industries Ltd.

WILMSLOW · MANCHESTER · INGLATERRA

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En el tratamiento de infecciones bacterianas

muchos facultativos estiman que la 'Sulphamezathine' es el medicamento de elección para la sulfamidoterapia corriente.

Indicaciones de la 'Sulphamezathine'

La 'Sulphamezathine' ha demostrado ser de especial utilidad en el tratamiento de las siguientes dolencias:

Neumonía	lobular y bronconeumonía, especialmente la primera.
Infecciones por el estreptococo hemolítico	Celulitis, heridas infectadas, otitis media, tonsilitis, sinusitis.
Meningitis	Meningocócica, neumocócica, estreptocócica y gripal.
Vías urinarias	Cistitis, pielitis, etc.
Infecciones neonatales	Se han comunicado buenos resultados del empleo de 'Sulphamezathine' en infecciones de recién nacidos, p.ej. oftalmía neonatal e infecciones del aparato respiratorio durante el primer mes de vida.

Ventajas de la 'Sulphamezathine'

- ▲ Absorción rápida.
- ▲ Eliminación lenta.
- ▲ Altas concentraciones terapéuticas en la sangre con dosis moderadas.
- ▲ Es bien tolerada, y rara vez ocasiona efectos desagradables.
- ▲ Toxicidad general escasa.
- ▲ Ausencia de complicaciones renales.

La 'Sulphamezathine' se expende en forma de comprimidos (0,5 gramo), pastillas, suspensión oral y polvo, y también como sal sódica en solución estéril para administrarla por vía parentérica.

IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LIMITED

Compañía subsidiaria de Imperial Chemical Industries Limited

WILMSLOW · MANCHESTER · INGLATERRA

Representantes:

IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES S.A.

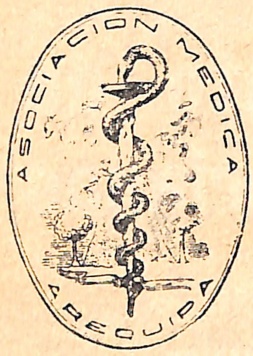
BELEN 1039 CASILLA 1688 · LIMA · PERU

SPM-MA/87/34/252 KP

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA MEDICA DE AREQUIPA

Vol. IV Abril 1953 No. 1



CASILLA Nº 84

AREQUIPA - PERU

PUBLICACION CUATRIMESTRAL DE LA ASOCIACION MEDICA DE AREQUIPA

CUERPO DE REDACCION

Dr. Jorge Becerra de la Flor. Director.
Dr. José Eguren Cáceres. Secretario.
Dr. Manuel Delgado Arenas. Tesorero.
Dr. Felix Lazo Taboada.
Dr. Carlos Neuenschwander.
Dr. Javier Llosa García.
Dr. Guillermo Ballón Landa.
Dr. Eduardo Ramirez del Villar. Corresponsal en Lima.

COLABORACIONES.

Los trabajos que se remitan para su publicación deberán ser escritos a máquina, a dos espacios. Se aceptará solamente el original y no una copia. La bibliografía se sujetará al siguiente orden: nombre del autor, título del artículo, nombre del libro o revista, volumen, página y fecha de publicación.

Las fotografías deberán ser nítidas y los cuadros, tablas, etc., dibujados con tinta negra en papel blanco. Toda ilustración deberá ser enviada con el nombre del autor en el reverso. Las separatas serán por cuenta del autor. No se publicará colaboraciones anónimas.

SUMARIO

TRABAJOS

Síndrome Eosinofílico en Arequipa
Dr. Carlos Neuenschwander,, Arequipa 1

Un Caso de Enfermedad de Chagas en el Departamento de Arequipa.
Dres. Felix Lazo Taboada y Luis García Durán, Arequipa 4

EDITORIAL.

Hacia el Colegio Médico del Perú 8

COMENTARIOS.

Un Triunfo de los Médicos de Arequipa para la Medicina Peruana 10

Hans Selye se Dirige a Nuestros Lectores . 11

MEDICINA AL DIA.

Linforeticulosis Benigna 12

El Síndrome Post-Operatorio de Deficiencia de Potasio 14

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE AREQUIPA.

Renovación de Directiva 21

Instalación del Capítulo de Arequipa de la Academia Peruana de Cirugía 23

Acción Cientifica 24

Acción Gremial 24

Acción Cultural 24

Visita del Presidente de la Federación Médica Peruana 23

REVISTA DE LIBROS 26

REVISTA DE REVISTAS 26

N. de la R.—Por causas inevitables, superiores a nuestras posibilidades, fué imposible sacar el Nº 3 del Vol. III. Este año quedará regularizada la aparición de esta Revista Médica.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

G. Berckemeyer & Co., S. A.

DEPARTAMENTO DE DROGAS

OFICINA DE AREQUIPA

Ejercicios Nº 217 — Apartado Nº 298 — TELEFONO 2511

REPRESENTANTES EN TODO EL PERU DE LOS

CONOCIDOS PRODUCTOS

Lilly

BRISTOL MIERS

MILES LABORATORIES

VICK CHEMICAL

MENNEN

KNOX

WILLIAM R. WARNER.

PRODUCTOS QUIMICOS, ARTICULOS DENTALES, ETC.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Los más modernos informes aconsejan:

SANIPIROL

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El informe del Subcomite Clínico de la American Trudeau Society (1) y la valiosa experiencia de la Escuela Tisiológica Peruana, han establecido que en el tratamiento de la tuberculosis se debe tener siempre presente que:

- La quimioterapia aislada no es tratamiento adecuado de la tuberculosis.

- La administración de agentes antimicrobianos debe ser cuidadosamente relacionada con un esquema total de tratamiento médico o quirúrgico.

- La posibilidad de cepas de bacilo tuberculoso resistentes a la droga, puede ser retrasada por la administración simultánea de ciertas combinaciones de antimicrobianos.

- La mejor combinación, en el momento actual, es la de estreptomicina junto con ácido para-aminosalicílico o sus derivados --sal sódica-- (SANIPIROL).

El mismo informe (1) recomienda que:

- "La sal sódica de ácido para-aminosalicílico (SANIPIROL) debe ser administrada diariamente, debiendo la estreptomicina inyectarse un gramo cada 2 o 3 días. Una dosis diaria de 12 gramos de esta sal (SANIPIROL) dividida en 3 o 4 veces en el día (8 o 6 grageas por vez de SANIPIROL) se considera satisfactoria."

SANIPIROL es un producto de calidad SANITAS.

(1) Estado actual de la Terapia Antimicrobiana de la Tuberculosis. Informe del Subcomité Clínico del Comité de Investigación Médica y Terapéutica de la American Trudeau Society. American Review of Tuberculosis. 63. 617, 1951.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA MEDICA DE AREQUIPA
Organo Oficial de la Asocia ción Médica de Arequipa.

Vol. IV | Abril 1953 | Nº 1.

TRABAJOS.

SINDROME EOSINOFILICO EN AREQUIPA.

Dr. Carlos Neuenschwander Landa.

1º — CONCEPTOS GENERALES.

En el Servicio de Medicina del Hospital Obrero de Arequipa principalmente, y en el consultorio particular, tuvimos la oportunidad de observar, a partir del año 1951 un número de enfermos que acusaban diversos síntomas cuyo conjunto, no configuraba ningún síndrome clínico conocido. Es por esta razón que eran diagnosticados como colecistíticos, colíticos, peilíticos crónicos según el síntoma que predominara. A este diagnóstico que correspondía a un signo o síntoma de afección funcional u orgánica, le añadíamos la denominación genérica de "Neurósis" que expresaba los trastornos psíquicos y cenestésicos que núnca faltaban. Pensabamos que la enfermedad orgánica había producido un desequilibrio psíquico, en unos casos o que, el desequilibrio psíquico producía trastornos funcionales, en otros.

Pero, al estudiar la fórmula hematológica de estos enfermos, notamos una alteración constante en cualidad aúnque variable en cantidad: todos ellos acusaban eosinofilia marcada. Resolvimos entonces controlar periódicamente su fórmula hematológica y así pudimos comprobar que esta alteración, persistía por mucho tiempo.

A pesar que la observación de estos casos no nos permitió llegar a concluciones etiológicas y patogénicas y ni siquiera a perfilar un sindrome clínico con caracteres precisos, creemos que resulta interesante la exposición de algunas historias clínicas de los 26 pacientes que nos fué posible estudiar.

2º. — HISTORIAS CLINICAS

Historia Nº 1 .— Servicio de Medicina del Hospital Obrero de Arequipa. — Asegurado Nº 209750, domiciliada en Calle San Lázaro 106, trabaja como maestro escobillero; de 28 años de edad, natural de Arequipa. Ingresa al servicio el 29-11-51. Anteriormente fué atendido en el Servicio de Bronco-Pulmonares de este hospital, por una paquipleuritis.

Hacen 3 semanas experimenta decaimiento general, cefalalgia y fiebre. Dolor en el epigastrio. Náuseas. Fatiga de esfuerzo. Entreñimiento. Dos días antes a su ingreso, tos seca.

El exámen físico revela, como signos anormales; taquicardia, tinte sub-ictérico conjuntival, dolorabilidad muscular difusa, hipertermia de 38 grados y medio.

Desde el punto de vista psíquico, gran depresión.

Los análisis de heces y orina, fueron normales. Una radiografía pulmonar, normal.

Los análisis hematológicso, dieron los siguientes resultados:

3—12—51	Hematíes	4 000 000	Leuco	8000	Eosinófilos	26	Segmen.	41	Linfos.	23
25—12—51	"	4 200 000	"	6800	"	42	"	30	"	26
7— 1—52	"	4 300 000	"	9600	"	35	"	49	"	25

Evolución y tratamiento. — Teniendo en cuenta los antecedentes del paciente, se pensó que se trataba de una reactivación de su proceso tuberculoso, pero la radiografía descartó esta posibilidad. Se sospechó una hepatitis infecciosa, por el tinte sub-ictérico conjuntival, pero este desapareció pronto. Entonces se creyó en una Tifoidea y se empezó el tratamiento con Aureomicina a la dósis de 3 gramos diarios durante 7 días. La fiebre y los demás síntomas persistieron. La reacción de Widal fué negativa. Finalmente se consideró la posibilidad de un absceso hepático y se le administró Clorhidrato de Emetina, 8 centigramos diarios. Al 2º día de iniciada esta medicación, los síntomas empezaron a desaparecer. La temperatura decendió hasta cifras normales y al 16º día de hospitalización, se sintió restablecido. Sinembargo, nunca se pudo comprobar la presencia del absceso hepático sospechado.

Lo interesante de este caso es que el paciente nos refirió que su esposa, su madre, dos vecinos y un amigo, se encontraban sufriendo de síntomas parecidos. En vista de ello los citamos al Servicio Sanitario Departamental en cuyo Laboratorio les practicaron hemogramas. En los cinco se comprobó un aumento del porcentaje de eosinófilos: la esposa tenía 18, la madre 14, uno de los vecinos, 23, el otro 17 y finalmente el amigo 14. Este último no vivía en la misma casa pero durante 4 días, por espacio de 5 horas diarias había permanecido en ella.

Cuando el asegurado fué examinado en Consultorio Externo, 6 días después de salir de alta, mantenía una eosinofila de 36.

Historia Nº 2. — Asegurado Nº 208005. — Domiciliado en la Avda. Parra 251, carpintero, 24 años de edad natural de Arequipa.

En Diciembre de 1950, empezó a sentir dolor en ambos talones y, eventualmente, en la región lumbar. Gran astenia al terminar el día. Así continua hasta Agosto de 1951 en que tuvo una "Gripe", con fiebre, que lo obligó a permanecer tres días en cama. Desde entonces sus mo-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lestias se acentuaron. Un mes antes de su ingreso al Servicio, empieza a sentir dolor en Hipocondrio derecho. Disuria. Adelgazamiento.

El examen físico no demostró sino un discreto dolor lumbar y desnutrición. En la esfera psíquica, presentaba gran angustia.

Radiografía pulmonar normal. Examenes de heces y orina, sin particularidades.

Los hemogramas tuvieron las siguientes características:

15—10—51	Hematíes	4 200 000	Leuco	10 000	Eosinófilos	39	Segmen.	36	Linf.	11
26—11—51	"	4 120 000	"	15 000	"	55	"	28	"	7
11—12—51	"	4 200 000	"	9 400	"	68	"	19	"	13
11— 1—52	"	4 130 000	"	10 000	"	53	"	25	"	2

La evolución de la enfermedad fué muy larga. Desde que ingresó hasta que fué dado de alta, perdió 11 libras de peso. Un mes después de su hospitalización, tuvo un episodio febril, precedido de calofríos y dolor intenso en hipocondrio izquierdo irradiado al hombro del mismo lado. Atravesó por estados de profunda depresión psíquica con crisis de llanto y desesperación. Durante el período febril, se le administró Aureomicina por espacio de 6 días, sin resultado. Luego A.C.T.H. a la dósis de 40 miligramos diarios, sin conseguir mejoría. Tambien se le dió Stovarsol y Penicilina, por espacio de una semana sin éxito. Finalmente se le volvió a dar Aureomicina y Extracto Suprarrenal, con lo que experimentó mejoría progresiva hasta su restablecimiento y alta, ocurrida a los 87 días de permanencia. Un mes después de su salida se le controló en Consultorio Externo, encontrandose que la eosinofilia se mantenía por 32.

Historia Nº 3. — Asegurado Nº 202895, de 57 años de edad. domiciliado en Avda. Parra Nº 251, mecánico, natural de Arequipa: Ingresó el 5—11—51.

Este paciente es padre del anterior. 15 días antes de su ingreso al servicio, empieza a sentir cansancio, calofríos, tos seca, dolor de estómago contínuo sin relación con las comidas, deglagia, orinas colúricas. Estos síntomas fueron aumentando hasta determinar su hospitalización.

El examen físico demostró: temperatura de 38 grados; tinte conjuntival subictérico, taquicardia; dolor en hipocondrio derecho y ligera distensión abdominal. Gran depresión psíquica.

La radiografía pulmonar no acusó nada anormal.

La bilirrubina estaba dentro de límites normales. La reacción de Widal fué negativa. Examenes parasitológicos de heces, normales. Examen de orina normal.

Los hemogramas dieron los siguientes resultados:

6—11—51	Hematíces	4 000 000	Leuco	9000	Eosinófilos	49	Segmen	39	Linfo	6
23—11—51	"	4 000 000	"	7800	"	50	"	36	"	12
11— 1—52	"	4 120 000	"	8600	"	19	"	39	"	36

El enfermo permaneció 63 días en el hospital. Se le administró Aureomicina por espacio de 13 días, sin conseguir mejoría. Corteza suprarrenal, por la hipotensión que presentaba. Finalmente Clorhidrato de Emetina a razón de 8 centigramos diarios, durante 7 días. Con esta medicación, la temperatura empezó a descender hasta normalizarse a los cuatro días. Los demás síntomas fueron desapareciendo paralelamente al descenso de la temperatura. El que más persistió, como en todos los demás enfermos, fué la astenia. Dos semanas después de ser dado de alta, concurrió al Consultorio Externo. donde se comprobó eosinofilia de 27.

Historia Nº 4. — Asegurada Nº 678752, domiciliada en Palacio Viejo Nº 511, costurera, de 30 años, natural de Arequipa.

Esta paciente fué transferida del servicio de Cirugía donde había sido internada por aborto incompleto y hemorragia consecutiva. El 19 de Junio de 1951 ingresó a nuestro servicio, acusando cansancio, malestar general y anorexia; dolor en el epigastrio y en la región lumbar.

El examen físico solo demostró la presencia de taquicardia y palidez conjuntival. Se encontraba muy afligida e intranquila.

Los hemogramos fueron los siguientes:

15— 6—51	Hematíes	3 000 000	Leuco	10 400	Eosinófilos	0	Segmen	86	Linfo	5
20— 9—51	"	3 960 000	"	6 000	"	21	"	54	"	11
19—10—51	"	4 200 000	"	6 200	"	39	"	30	"	27
14—11—51	"	4 000 000	"	5 800	"	16	"	50	"	27

El tratamiento que se instituyó a esta enferma, estuvo dirigido a combatir la anemia secundaria con que ingresó. Habiendo mejorado de ella, se le dió de alta. Controlada durante varios meses en Consultorio Externo, continuaba con su dolores epigástricos, eosinofilia aumentada y depresión psíquica.

Hemos elegido solamente 4 casos como ejemplos, de entre los pacientes del Hospital Obrero. Pero en consultorio particular también observamos varios. Entre ellos, consideramos de interés el siguiente:

Historia Nº 5. — Se trataba de un comerciante de 52 años de edad, que viajaba constantemente entre la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ciudad de Arequipa y los valles de la Costa. Hacia 3 meses que venía sintiéndose cansado y anormalmente pesimista; el ejercicio le ocasionaba dolores articulares y musculares; agitación de esfuerzo; insomnio. Enviado por otro colega a nuestro consultorio para una examen psiquiátrico, no se le encontró ninguna anormalidad física y aparentemente nada primitivamente psíquico. Un hemograma que le pedimos, nos permitió comprobar una eosinofilia de 53 por ciento. Repetido al cabo de una semana, el número subió a 61. Después de un examen clínico prolijo, se le sometió a un tratamiento con A.C.T.H. a la dosis de 200 miligramos diarios, con 1 gramo 50 de Clouro de Potasio. Al tercer día de tratamiento los síntomas habían desaparecido totalmente. Un hemograma practicado 10 días después, reveló una eosinofilia de 6.

Es de advertir que también se le hicieron hacer dos radiografías pulmonares, siendo su resultadi normal.

Tres meses después fué nuevamente observado, encontrándosele completamente sano. En el hemograma no se vieron eosinófilos.

3º. — COMENTARIO.

El número de enfermos observados fué de 26, Analizando los principales datos encontrados, podemos resumirlos en los siguientes:

a) **Trastornos digestivos.** — En el 92 por ciento de los casos existieron en forma de dolor gástrico, intestinal, diarreas o estreñimiento.

b) **Dolores musculares y articulares.** — Fueron observados en el 90 por ciento.

c) **Fiebre.** — Se comprobó en el 89 por ciento. Nunca llegó más arriba de 38 grados 5. De tipo remitente.

d) **Adelgazamiento.** — Fué considerable en el 85 por ciento.

e) **Adenopatías.** — Solo en 2 casos se pudo apreciar aumento de tamaño de los ganglios axliares e inguinales.

f) **Sintomas Psíquicos.** — Estos se encontraron en el 100 por ciento de los casos, lo que no debería de extrañar, ya que lo mismo ocurre en cualquier tipo de enfermedad, pero en estos pacientes. eran desproporcionados a la gravedad de la enfermedad. Casi siempre revistieron el tipo depresivo, melancólico y angustioso.

g) **Caracteres hematológicos.** — Como se puede apreciar por las historias enumeradas, el número de hematíes se mantuvo por debajo de la cifra habitualmente normal. Sin embargo y pese a la altitud en que se encuentra Arequipa (2300 metros sobre el nivel del mar), es frecuente comprobar cifras bajas de hematíes, por causas ignoradas, dependientes, tal vez de la deficiencia alimenticia. En cuanto a los leucocitos, solo en algunos casos estuvieron francamente aumentados. El valor porcentual de las distintas variedades de ellos, fué practicamente normal. Solo los eosinófilos se encontraron siempre notablemente aumentados. Pero además revestían caracteres peculiares. Efectivamente, mostraban un protoplasma muy vacuolado y debido a ello su tinción era imperfecta, dando la impresión, en algunas oportunidades de ser neutrófilos.

h) **Examenes parasitológicos de heces.** — Se les practicó en forma sistemática. En 5 de ellos se encontraron quistes de Ameba Histolítica. En 2, formas vegetativas de Giardias Intestinales.

i) **Fluoroscopías y radiografías.** — Todos fueron examinados radioscópicamente y a la mayoría se les practicaron radiografías pulmonares. 3 presentaron signos de tuberculosis pulmonar no activa; 1, lesiones pleurales. Este es un hecho que conviene relievar, puesto que constituiría un caracter diferencial con la Eosinófilia Tropical. Sin embargo, como casi todos los casos a que nos referimos. ingresaron al Servicio después de muchos días de iniciados sus síntomas, es posible que hubiese pasado el período oportuno para apreciar imágenes pulmonares radiográficas.

j) **Otras observaciones.** — Con el propósito de averiguar si se trataba de una enfermedad infecciosa, anotamos la época del año en que el sindrome era más frecuente, las zonas de la ciudad donde la incidencia era mayor, el género de trabajo de los enfermos, su edad, su procedencia, etc.

Este estudio nos permitió establecer que:

1º — De acuerdo a lo comprobado en los enfermos de historia Nº 1 y 2, la enfermedad parecía ser epidémica y contagiosa.

2º — La estación en que se presentaron más casos, fué la de Primavera'.

3º — Que uno de los enfermos adquirió o presentó la enfermedad, dentro del hospital.

RESUMEN:

Hemos descrito un sindrome —si así se le puede llamar— al parecer desconocido, puesto que no hemos encontrado ninguna descripción semejante en la literatura que nos fué posible consultar.

Este sindrome se caracteriza por síntomas hematológicos, intestinales, conesténicos, musculares y articulares y psíquicos. Ninguno de ellos es propio de la enfermedad, pero en conjunto, tal vez puedan configurar alguna entidad nosológica.

Es probable que sea diferente de la Eosinófilia Tropical, puesto que no se desarrolla en una región tropical y no presenta signos pulmonares radiológicos. Finalmente, hay hechos que hacen presumir en una etiología infecciosa.

Pese a todo lo ensayado, no podríamos preconizar ningún tratamiento específico y finalmente, seguimos preguntándonos si la eosinofilia en estos casos es en sí la enfermedad o es simplemente un signo hematológico de otra enfermedad?

Esperamos tener la oportunida de continuar este estudio.

BIBLIOGRAFIA.

Hematología Clínica M. Wintrobe.

Proctice of Medicine F. Tice.

Las Hemopatías. Raúl Piaggio Blanco y Pedro Paseyro. Editorial Científica del Sindicato Médico del Uruguay. vol. VI.

Revista Clínica Española. Tomo XLVI. — Consideraciones sobre la neumonitis eosinofilica. — E. Soysa.

Revista del Viernes Médico Vol. I, Nº 2 2:156 Eosinofilia Tropical César Merino.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

UN CASO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN EL DEPARTAMENTO DE AREQUIPA.

Dr. Félix Lazo Taboada. Dr. Luis García Durán

La Trypanosomiasis americana o Enfermedad de Chagas, constituye en el Perú y especialmente en la región del Sur, un problema de suma importancia, que debe ser resuelto en todo su integridad. Los estudios epidemiológicos y clínicos realizados hasta la fecha, han demostrado que en los lugares en donde se han hecho estas investigaciones, como en los valles de Majes, Vitor, Camaná y Moquegua, las condiciones epidemiológicas son semejantes a las encontradas en otros lugares de América en donde esta dolencia es endémica; el **triatoma infestans** existe en casi todas las casas de estas regiones con un elevado procentaje de infección por el Schizotrypanum Cruzi, lo mismo que los animales domésticos que sirven de reservorio al parásito (10 — 11); es posible que no se haya encontrado un número mayor de casos porque no ha podido hacerce todavía una búsqueda clínica constante, con todos los medios de diagnóstico y con el criterio de que las características clínicas de esta entidad nosológica no son siempre tan típicas; sin embargo el número de casos relatados va constantemente en aumento y es seguro que sobrepase a lo que se ha considerado como probable.

En 1909, el investigador brasilero, Carlos Chagas, en una expedición para el estudio de la Malaria en el norte del Estado de Minas Geraes (1), encontró en el intestino del Triatoma Megista y en la sangre de un gato que vivía en una casa en donde existían triatomas, un trypanosoma; haciendo picar a un mono por estos triatomas infectados, se encontró después en la sangre de dicho animal el mismo trypanosoma; subsecuentemente descubrió un trypanosoma con las mismas características en la sangre de un niño que sufría de fiebre, anemia y aumento de volumen de los ganglios linfáticos (3); así quedó definitivamente establecida esta nueva entidad patológica que lleva su nombre. Los investigadores encontraron un reducido número de casos en los primeros años, en la tercera década de este siglo el porcentaje de ellos se ha multiplicado considerablemente.

En 1916, Chagas publicó 29 casos agudos; de los 23 que pudo seguir la evolución, 11 murieron. (3)

En 1919, Tejera encuentra casos en Venezuela y Escomel en el Perú.

Después del Brasil, es en la Argentina y en Chile en donde se ha encontrado el número mayor de casos, Mazza informa en 1937, que entre 1932 y 1936 el número de casos agudos estudiados en la Argentina era de 109, y en 1939 señala que el número de casos publicados hasta 1938 era de 370 (3); en Chile, Neghme informa que hasta marzo de 1950 se han descrito 1,880 casos. (11)

En Bolivia, Torrico informa que hasta 1939 se han señalado 211 casos.

En el Ecuador, León, Jervis y Montalvan comunican hasta 1949 un total de 23 casos.

En Colombia, Moreno Pérez señala los tres primeros casos de Trypanosomiasis Americana en 1929 y hasta 1949 se han referido un total de 28 casos.

En el Uruguay hasta 1937 no se había señalado ningún caso; Talice descubre en 1938, once casos.

En el Sur de California y Arizona, en 1918 se encontraron triatomas infestans infectados con Trypanosoma Cruzi por Kofoid y Mc. Cullough, y en 1938 Kofoid informo que los parásitos podían trasmitirse en gran escala a los mamíferos, pero no se han descrito casos humanos. (3)

En el Perú, fué el Dr. Edmundo Escomel, quien efectuó los primeros estudios epidemiológicos y clínicos sobre la Enfermedad de Chagas; en 1917 y 1918 demostro la presencia de Triatoma infestans en el Departamento de Arequipa, valles de Vitor y Siguas, encontrando en uno de los triatomas el Trypanosoma Cruzi en su estado flagelar en "la porción última del intestino" y llamo la atención para "buscar con cuidado si entre los llamados caquéxicos, palúdicos o escrofulosos generales o crónicos innominados no existe el enfermo típico, cultivador hematico de un Schizotripanum (6) En 1919 publicó el hallazgo del primer caso de Trypanosomiasis en el Perú. (5)

El Dr. Enrique Ciotola, publicó en 1935 un caso de Enfermedad de Chagas, sobre el que hay algunas dudas. (11)

Los doctores Ayulo y Herrer, publicaron en 1944 un estudio sobre la Trypanosomiasis Americana en el Departamento de Arequipa, informando haber encontrado Triatoma infestans en el barrio de Miraflores y en la Casa Rosada de la ciudad de Arequipa, sin estar infectados por el Schizotripanum Cruzi, triatomas infestados en los Valles de Majes y Vitor y describieron un nuevo caso de Enfermedad de Chagas encontrado en Quishuarani (10)

El Dr. Félix Torrealva encontró triatomas en Ica en 1945 y el Ingeniero Guillermo Arévalo en Nazca en 1946, que no estaban infectados (11)

El Dr. Ayulo, a mediados de 1946 comprobó que los triatomas encontrados en Ica pertenecían a la especie Triatoma infestans y que no estaban parasitados por el Schizotripanum. Realizó la reacción Guerrero-Machado, la intradermo reacción de Montenegro y el exámen de sangre en fresco de 17 personas, con resultado negativo. (11)

El Dr. Uriel García en 1951 publicó los estudios realizados en el Valle de Moquegua, estableciendo la existencia de triatoma infestans infestados por el Schizotripanum Cruzi, cuyes infectados también y relató cinco casos de Trypanosomiasis Americana. (11)

Los doctores Alberto Cornejo Donayre y Hugo Lumbreras Cruz, en 1950 y 1951 han realizado estudios epidemiológicos y clínicos en los Valles de Majes, y Camaná, estableciendo la existencia de triatoma infestans con un pocentaje alto de infección por Trypanosoma Cruzi, de diversas clases de animales domésticos infectados también y de diez nuevos casos de Enfermedad de Chagas. (11)

La breve exposición de casi la mayor parte de los

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

estudios realizados sobre Trypanosomiasis Americana, nos permite tener presente que los países limítrofes con el Perú, tiene un alto porcentaje de esta entidad patológica, las condiciones epidemiológicas favorables a su desarrollo, especialmente en los Valles de Vitor, Majes, Camana y Moquegua, son iguales y aún superiores a las encontradas en dichos países y que por consiguiente es razonable encontrar un porcentaje mayor de casos de esta enfermedad; es posible que un estudio permanente en estas regiones con todos los medios necesarios, acostumbrándose a pensar en la existencia de este proceso y teniendo en cuenta que no siempre se presenta con características clínicos típicas, pueda llega a realizar una obra más completa.

El caso que presentamos, tiene la importancia de ser una observación que se suma a las ya hechas en el Departamento de Arequipa y la de tener una expresión clínica no muy típica, que es necesario tener en cuenta en el estudio de esta enfermedad.

El 6 de junio de 1947, fué llamado uno de nosotros (Dr. F. L. T.) para atender al Sr. E. L., de 36 años de edad nacido en Anaoray (Chuquibamba), casado, de raza mestiza, hacendado, residente en Huancarqui y que había venido a Arequipa para someterse a tratamiento.

Refirió que el 23 de mayo (1947), estando en buenas condiciones de salud, se inicia su proceso actual con escalofríos seguidos de reacción febril que llega a 39.5º y que terminan con sudores profusos; este cuadro se repite dos a tres veces al día acompañado además con cefalalgia, náuseas y vómitos; no le dá gran importancia a este proceso por que casi todos los años por los meses de junio o julio le dá paludismo con estas características y con una duración de tres días; esta vez el tratamiento que siempre ha empleado no le dá buen resultado y observa que al cuarto día la fiebre de intermitente se transforma en contínua, con ligeras oscilaciones ente 39 y 40.5º y con persistencia de dos escalofríos diarios, cefalalgia, náuseas y vómitos. En estas condiciones continúa doce días y esto motiva que resuelva trasladarse a Arequipa, a donde llega el seis de junio. En Huancarqui había sido atendido por un facultativo que le había suministrado quinoformo, clorhidrato de quinina, intramusculares, metoquina y neosalvarsan de 0.30 gms., endovenosas.

En sus antecedentes personales encontramos, nacido a término, lactancia materna, infancia normal, no recuerda haber adolecido de enfermedades eruptivas; a los quince años presentó fiebres tíficas y desde los 18 a 20 años paludismo, no ha tenido enfermedades venéreas; casado, tiene tres hijos; es un gran fumador y hace uso de alcohol moderadamente.

Sus antecedentes familiares, son sin importancia.

El exámen físico realizado este mismo día —6 de junio de 1947— mostró un sujeto bien nutrido, en posición voluntaria, febril con 38.5º centigrados. Piel y mucosas, normales.

Aparato respiratorio, sin ninguna anormalidad, veinte respiraciones regulares por minuto.

Aparato circulatorio, la punta del corazón en el quinto espacio intercostal izquierdo en su intersección con la línea medioclavicular; ruidos cardiacos normales; 100 pulsaciones regulares por minuto; presión arterial, método auscultatorio, 100 mm. de máxima y 65 mm. de mínima.

Aparato digestivo, normal; no se aprecia aumento de volumen del hígado.

Aparato génito-urinario, normal.

En el sistema ganglionar, encontramos pequeños ganglios inguinales, que pueden considerarse como normales.

Bazo, a la percusión ligeramente aumentado, su polo anterior en la línea axilar anterior.

En los otros aparatos y sistemas no se observó ninguna anormalidad.

La impresión diagnóstica era imprecisa después de este primer exámen, pensamor en paludismo o en fiebres tíficas o paratíficas; descartamos la primera posibilidad, tenía catorce días de proceso febril y había sido tratado intensamente con medicación antipalúdica a pesar de que la procedencia y la forma de iniciación eran muy sospechosas de paludismo, era necesario pensar en otros procesos febriles y por eso le pedimos algunos análisis especialmente aglutinaciones e insistimos en la investigación de hematozoario. No sospechamos Enfermedad de Chagas, no estamos acostumbrados a pensar en este proceso y no había ningún signo que pudiera inducirnos a tenerlo en cuenta en el dignóstico diferencial.

Las investigaciones de Laboratorio, que las realizó uno de nosotros (Dr. L.G.D.), fueron las siguientes:

6 de Junio:

Aglutinación al Eberth con antígeno somático: negativa.

Aglutinación al Eberth con antígeno flagelar: positivo al 1|50.

Alfa y Beta: negativas:

Se aprovechó de la sangre de la vena tomada para la reacción de Widal para hacer un frotis y buscar hematozoario, el resultado en este sentido fué negativo, pero se encontró Trypanosoma Cruzi; la lámina fué coloreada con Wrigth, el parásito era esbelto con trofonúcleo situado en la región media y el cinetonúcleo en la base del flagelo, este se extendía a lo largo del cuerpo para formar la membrana ondulante y después independizarse para constituir el flagelo.

7 de Junio:

Numeración globular y hermograma:

Hematíes			4.200.000
Leucocitos			9.500
Polinucleares eosinófilos			2%
Basófilos			2"
Polinucleares neutrófilos	M	0	72"
	J	0	
	C	5	
	S	67	
Monocitos			2"
Linfocitos			22"

10 de Junio:

Análisis de orina: densidad 1.020; reacción acida; urea 14.50 grs. por mil; cloruros 2.80 grms. por mil; fosfatos 1.50 grs. por mil; acido úrico 0.54 grms. por mil; vestigios de albúmina y de urobilina (††); en el sedimento, uratos de sodio, leucocitos escasos y células epiteliales.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

14 de Junio:

Numeración globular y hemogrma.

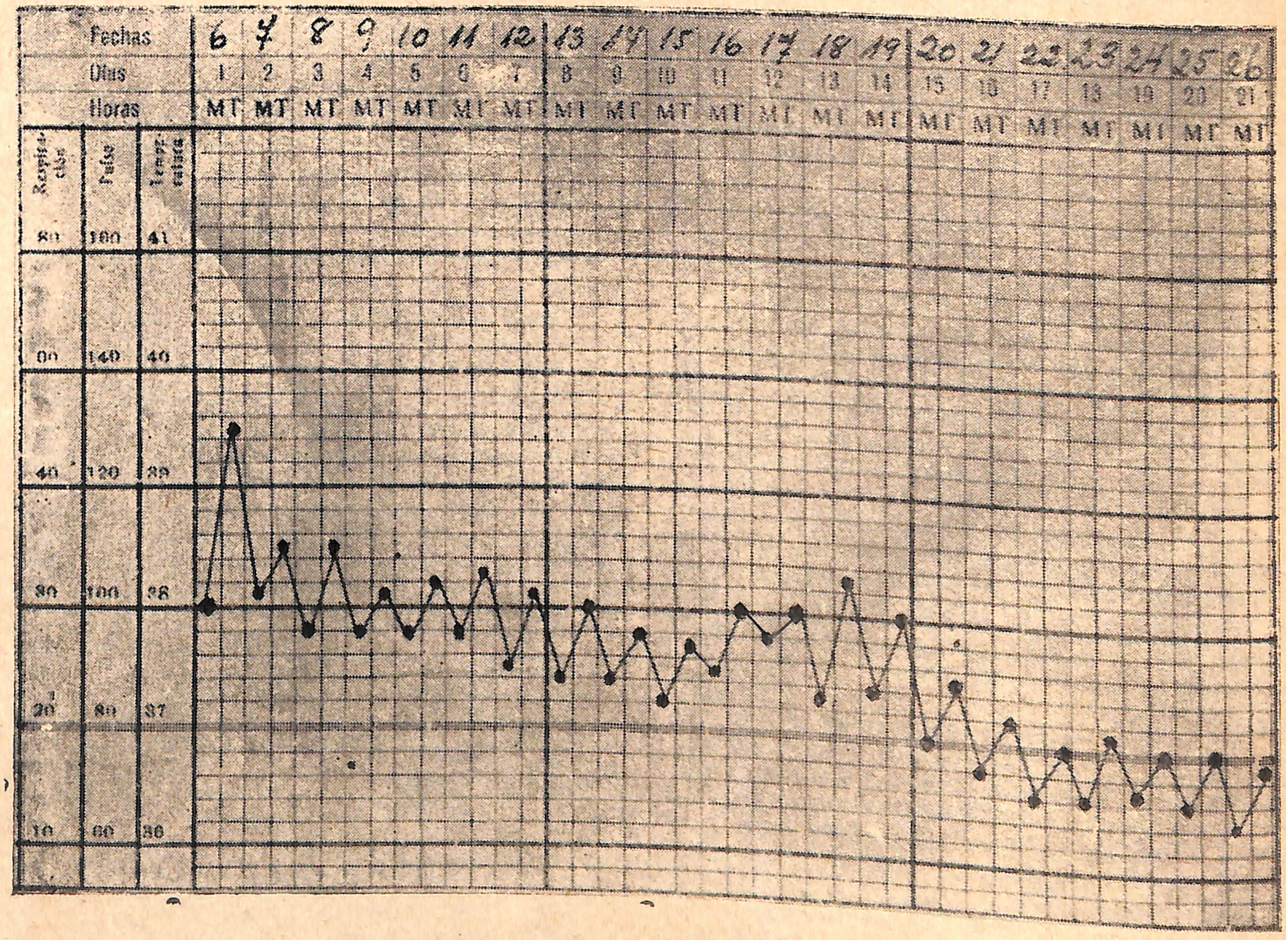
Hematíes		4.280.000
Leucocitos		8.600
Polinucleares eosinófilos		2%
Basófilos		0 "
Polinucleares neutrófilos	M..... 0 J..... 0 C..... 4 S..... 54	58 "
Monocitos		4 "
Linfocitos		33 "

Hemoglobina, 80 por ciento; índice de coagulación 6 minutos; índice de sangría 1 minuto. Plaquetas 380.000 por milímetro cúbico.

Se consiguio triatomas infestans de la casa de Huancarqui del enfermo y se remitieron al Instituto de Higiene de Lima; el Dr. Batistini en carta del 22 de Julio de 1947 informó" que de las cuatro ninfas y un adulto de Triatoma infestans, 2 ninfas y el adulto resultaron infectados".

Huancarqui es un pueblo del valle de Majes a 550 metros sobre el nivel del mar; los estudios realizados por los doctores Cornejo Donayre y Lumbreras Cruz en doce casas de este lugar en donde se crían animales —cuyes, perros gatos, aves, cerdos— encontró triatoma infestans 34.37 por ciento infectados con Schizotrypanum Cruzi. (11). Los estudios de Ayulo y Herrer (10) han demostrado, en Vitor, Quishuarani y Siguas, en los cuyes 5.64 por ciento y en los perros 2.77 por ciento infectados por el trypanosoma Cruzi.

ENFERMEDAD DE CHAGAS



La evolución fué relativamente larga, la reacción febril (Fig. 1) duró quince días, que con los catorce en Huancarqui hacía un total de veintinueve días, que es el tiempo que señalan la mayor parte de autores en la forma aguda, los veinte primeros días la fiebre fué de tipo contínuo con pequeñas remisiones y los nueve últimos con amplias remisiones hasta desparecer progresivamente; su estado general no fué muy comprometido; no surgió ningún nuevo signo clínico ni síntoma de importancia; después de una semana de apirexia se levantó y volvió progresivamente a sus ocupaciones cotidianas; actualmente —abril de 1953— estamos informados que sus condiciones de salud son buenas o cuando menos aparentemente buenas, lo hemos hecho citar

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

en varias oportunidades para realizar nuevos exámenes especialmente un control cardiovascular y algunos exámenes de laboratorio, pero ha sido imposible conseguir que venga, esta ha sido la razón por la que no hemos publicado el caso en años anteriores.

En cuanto al tratamiento, en 1947 no teníamos conocimiento de los medicamentos usados y que pudieran dar buen resultado; asociando la idea de leishmaniasis y la forma que toma el tripanosoma en los tejidos, músculo cardíaco, sin ningun fundamento preciso, usamos Repodral de Winthrop; inyecciones intramusculares, interdiarias, el primer día 2 cc. y los siguientes cuatro centímetros cúbicos hasta llegar a 46 c.c. Los resultados, como se puede apreciar por la evolución que hemos dejado referida, fueron buenos, pero ninguna conclusión puede deducirse, como bien puede comprenderse, de este tratamiento. Referente a las distintas terapéuticas empleadas, surfen; surfen C. y otros remedios (3), no podemos dar ninguna opinión porque no tenemos ninguna experiencia.

La exposición de este caso nos permite hacer diversas apreciaciones. En el primer día del exámen sólo nos encontramos con un cuadro febril, ningún signo ni síntoma nos podía conducir hacia una sospecha diagnóstica que pudiera confirmarse después; en los antecedentes, en las características de la iniciación de la enfermedad tampoco encontramos ningun dato importante; si sólo nos hubiéramos servido de la evolución clínica, habríamos tenido que establecer, dentro de la patología corriente entre nosotros, un proceso tífico prolongado, a pesar de las aglutinaciones negativas. La circunstancia de haber tomado sangre venosa para las aglutinaciones y haber encontrado en un frotis de el Trypamosoma Cruzi en lugar del hematozoario que se buscaba, fué la que permitió establecer el diagnóstico preciso. No encontramos el signo de Romaña y Mazza, el de Mazza y Benites, ni hipertrofia notable del bazo ni del hígado, ni compromiso de los ganglios, de la tiroides, del corazón, ni edema de la cara; no pudimos hacer, porque no contamos con los medios necesarios, xenodiagnóstico, desviación del complemento, intradermo reacción e inoculaciones. La forma clínica de este caso, podemos catalogarla dentro de los cuadros agudos sin edema facial de la clasificaciñn de Talice (10) y el nos permite señalar que para un estudio clínico más completo, sería conveniente que se hiciera en forma constante o permanente en las zonas en donde las condiciones epidemiológicas son favorables, con todos los elementos necesarios y que se tengan en cuenta en esta investigación no sólo los casos que tengan algunos signos o síntomas sospechosos sino también la serie de casos unicamente febriles, pués es posible que entre algunos catalogados como paludismo o tifoidea o paratifoidea atípica, pueda pasar desapercibido algún caso de Enfermedad de Chagas.

SUMARIO

Se hace referencia a los casos de Enfermedad de Chagas en los países limítrofes con el Perú, a los estudios epidemiológicos y clínicos realizados especialmente en el Sur del Perú, valles de Arequipa y Moquegua que demuestran que existen condiciones epidemiológicas semejantes a las que presentan los países en donde dicha enfermedad es endémica y se presenta un nuevo caso de Trypanosomiasis Americana atendido en Arequipa, procedente de Huancarqui, pueblo del Valle de Majes, en donde se han encontrado Triatoma infestans infectados con el Schizotrypanum Cruzi y animales domesucos que sirven de reservorio al parásito. Los triatomas de la casa en donde ha residido el paciente se han encontrado también infectados con el Schizotrypanum. El caso presentó forma aguda sin edema facial; se llegó al diagnóstico por haber encontrado en la sangre venosa, al decimo cuarto día de reacción febril el trypanosoma Cruzi; los signos y síntomas no fueron muy típicos, sólo presento reacción febril de veintinueve días.

BIBLIOGRAFIA.

1.—Tice. Practice of Medicine. American Trypanosomiasis, pág. 252.
2.—Clinical Parasitology. Charles Franklin Craig. — Ernest Carroll Faust. 1943.
3.—Diagnosis, prevention and treatment of Tropical diseases.
4.—Public Health and Preventive Medicine. — Morton C. Kahn, M. A., Ph. D. D. Sc., 1952.
5.—La Tripanosomiase humane existe dans les forets orientales du Pérou Obras Científicas del Dr. Eamundo Escomel. Talleres Gráficos Torres Aguirre, II Tomo pág. 186.
6.—El triatoma infestans en algunos valles del Perú. (Chirimacha) Arequipa Polisanatorio Americano, pág. 775.
7.—El "Signo de Romaña en el diagnóstico de Enfermedad de Chagas. El Día Médico, 22 de marzo de 1940, Nº 4 Año XII, pág. 73.
8.—Un caso de Enfermedad de Chagas en Clodomira. (Provincia de Santiago del Estero). Día Médico, 7 de julio de 1941, Nº 27, Año XIII, pág. 626.
9.—Tratado de Medicina Interna por autores norteamericanos, publicado bajo la dirección de Russel L. Cecil, 1945.
10.—Estudios sobre la Trypanosomiasis americana en el Perú. I Observaciones en el Departamento de Arequipa. II Observaciones entomológicas. V. M. Ayulo y A. Herrer, Revista de Medicina Experimental, Lima, abril 1944. Volúmen III, Número 2.
11.—Estudios Preliminares sobre Epidemiología de la Enfermedad de Chagas en el Valle de Majes, 195.
Encuesta Epidemiológica sobre Enfermedad de Chagas en el Valle de Majes. Presentación de diez nuevos casos, 1951.
Estudios Preliminares sobre Epidemiología de la Enfermedad de Chagas en el Valle de Camaná, 1951.
Alberto Cornejo Donayre y Hugo E. Lumbreras Cruz. Separata de los volúmenes IV y V de Archivos Peruanos de Patología y Clínica, 1952.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA MEDICA DE AREQUIPA

Vol. IV Abril de 1953. Nº 1

EDITORIAL

HACIA EL COLEGIO MEDICO DEL PERU.

Las condiciones éticas, sociales y económicas actuales, consecuencia de la lucha de sistemas en la que se encuentra empeñado el mundo entero, no son definitivas ni estables, no han surgido en forma armónica ni correlacionadas con las demás características generales, sino que son tendencias, ensayos, en su mayor parte con intensión sana y ambición alturada, hacia un nuevo orden, que ha modificado y modificará profundamente las normas en las que hemos estado viviendo.

Frente a esta situación, no se puede ni se debe continuar viviendo en la indiferencia ni en el ausentismo, olvidando la responsabilidad que tenemos en el planteamiento y solución de nuestros problemas; es necesario, si la reacción no surge espontaneamente, si el interés, la inquietud y la preocupación, no se traducen en acción efectiva, encontrar la forma de obligar imperativamente a intervenir a los que están llamados a hacerlo; solo así se podrá llegar a estructurar definitiva y beneficiosamente las instituciones directoras de todas las actividades y estar a tono con las necesidades y orientaciones de la época.

La profesión médica, considerada todavía dentro de las liberales, es la que más modificaciones ha sufrido y la que llegará a transformarse honda y sustancialmente; por un lado la responsabilidad de los gobiernos de conservar la salud de la nación como un capital efectivo, base de todos los problemas económicos, y la necesidad de prevenir más que de curar como una mejor aplicación de esta responsabilidad, y por otro lado la evolución de los métodos de curar y premunir, que han obligado a la utilización de grandes organizaciones y equipos, han conducido al convencimiento definitivo de la imposibilidad de que el individualismo médico continúe en la defensa del presente y del porvenir biológico del país.

La quiebra de estos valores, reconocidos como efectivos e indispensables a traves de tantos años de funcionamiento, solo tenía dos soluciones, o el Estado asumía la dirección de la defensa de la colectividad o los médicos se asociaban para realizarla dentro de las nuevas normas y tendencias.

El Estado era el único capacitado por razones que huelgan, para asumir estas funciones, con la colaboración de la mayor parte de los factores interesados; así surgió el Seguro Social Obligatorio, conquista admirable de nuestra época, destinada a cuidar la salud de determinados sectores, obreros y empleados, que constituyen casi la mayoría del país, en forma eficiente y con verdadero sentido económico.

Era lógico que estos organismos, surgidos en medio de los entusiasmos y esperanzas despertados por las finalidades que persiguen, y la falta de solidaridad médica asi como también la ausencia de conocimientos y de experiencia, permitieran que los problemas creados al gremio médico pasaran desaparcibidos y no se les contemplara en forma integral, olvidando que ellos constituyen la base sobre la que reposa la eficiencia del Seguro y que al tener en cuenta sus intereses, no sólo se está defendiendo el buen funcionamiento de estas instituciones en el presente, sino que, sobre todo, se está manteniendo los principios básicos de la profesión médica, sin los cuales es imposible asegurar el porvenir superado de la misma.

Los médicos nos hemos encontrado, podemos decirlo con franqueza, intempestivamente dentro de este nuevo sistema, al que hemos ingresado por simple gravitación; esta situación ha permitido sensibilizar notablemente todos nuestros problemas, actualizar todas nuestras inquietudes y contemplar con gran interés el panorama en el que hemos estado viviendo.

Entre nosotros el funcionamiento del Seguro Social Obligatorio, especialmente el del Empleado, ha sido el reactivo, la voz de alarma que ha llamado a nuestras conciencias para meditar sobre el pasado y el presente y apreciar la gravedad del porvenir de nuestra profesión.

No es posible señalar detalladamente las características del gremio médico en la etapa actual, pero es conveniente esbozarlas en forma global, porque ellas nos permitirán apoyar decididamente la única solución que encontramos y que felizmente está ya en marcha.

No se ha constituído todavía entre nosotros una verdadera conciencia de asociación y por consiguiente no existe solidaridad gremial efectiva; en las ciudades importantes del país hace mucho tiempo que existen las tentativas de organizar instituciones de caracter científico-gremial y han llegado a ser realidad, pero con frecuencia han desaparecido o han seguido existiendo solo en el nombre o heroicamente se han mantenido realizando ciertas actividades gracias al esfuerzo invalorable de un reducido grupo de sus miembros que tiene que luchar contra el poco interés, la indiferencia, el espíritu de grupo o los rencores, odios y envidias sembrados por los que están obligados, por muchas razones, a ser ejemplos de cordura y probidad, de honradez y fuerte contextura moral, de esfuezo constante de perfeccionamiento y de estricto cumplimiento de los principios deontológicos. La falta de solidaridad, la división de grupos antagónicos, más vinculados a intereses económicos que á principios ideológicos fundamentales de la profesión, la ausencia de fuerza gremial verdadera y la ninguna o poca importancia que se ha dado a los intereses médicos defendidos por personeros idóneos que sobre la indiferencia de la mayoría levantaron su voz para defender los principios básicos de la profesión médica, han traído como consecuencia lógica la desunión, la falta de cohesión y la no existencia de fuerza moral suficiente para hacer respetar nuestros derechos y resolver con justicia todos nuestros problemas.

El perfeccionamiento profesional constante, indispen-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sable para que la labor sea eficiente, está entregado al esfuerzo puramente individual. La Facultad de Medicina no conserva ninguna vinculación con los egresados y realmente no hay ningún organismo que pueda impulsar hacia una verdadera superación y mantener el esfuerzo en este sentido; entre nosotros por muchos motivos, es indispensable estimular, ayudar, quiza si obligar, para que la orientación profesional se enrumbe en esta dirección; en Lima hay ambiente de perfeccionamiento y puede decirse que las condiciones son más propicias, pero en las capitales de departamentos y muy especialmente en ciudades pequeñas, en lugares de la sierra y la montaña, todas las tendencias se dirigen hacia el anquilosamiento o hacia la venida a menos en todo sentido de los profesionales, con detrimento desgraciado de su eficiencia y con la pérdida lamentable de la apreciación del verdadero rol que el médico debe desempeñar en la sociedad.

La vigilancia justa de la moral y del cumplimiento de los principios deontológicos, es función de gran importancia pero verdaderamente no existe o no hay entereza suficiente para realizarla o no se puede aplicar por falta de un organismo apropiado o por deficiente reglamentación legal; si todos los profesionales fueran de una envergadura moral excepcional, si pudieran mantenerse en una línea recta invariable, si realizaran sus funciones como las de un apostalado o sacerdocio, si se pudiera realizar una exacta selección y se pudiera reforzar constantemente su superación moral, entonces nada tendríamos que decir en el sentido de la supervigilancia de las actividades profesionales, pero contemplando con serenidad y con las enseñanzas que da la experiencia, es indispensable que exista una institución con autoridad moral indiscutible, que establezca sanciones y que tenga la finalidad imperiosa de mantener la dignidad y la moral del médico a la altura que corresponde a las importantes funciones que desempeña en la colectividad.

Estos tres puntos fundamentales, ligeramente esbozados, a los que hay que agregar muchos más, como la remuneración justa del trabajo médico, la distribución equitativa de los profesionales en el país y su remoción conveniente, la dación de puestos y colocaciones teniendo en cuenta la competencia y la capacidad profesional, la organización del apoyo económico y social a los médicos, etc., nos permiten expresar nuestro decidido apoyo a lo que ha sido siempre una aspiración de todos los médicos, expresada individual y colectivamente desde hace mucho tiempo y que ahora está en camino de realización, al COLEGIO MEDICO DEL PERU.

Organismo autónimo y con personería jurídica, legal personero del gremio médico del Perú, supremo tribunal de poderosa fuerza moral, estará encargado de las tres funciones fundamentales, que son la esencia y fundamento básico de la profesión, el perfeccionamiento la protección económica y social y la supervigilancia de la profesión de médico y cirujano. Así se conseguirá que todos los médicos pertenezcan a esta institución, venciendo las dificultades que un buen número de profesionales presentan para asociarse, ya que es obligatorio colegiarse, por ser este un requisito indispensable para ejercer, llegando a vivir una verdadera solidaridad y formando un frente único, bien cohesionado y de gran fuerza para defender, cumpliendo deberes y derechos, los grandes principios de la profesión que se traducen en eficiencia y superación constante y que significan también la defensa de la salud de la colectividad.

El Colegio Médico es el único organismo que puede hacer realidad todas las aspiraciones del gremio médico y mantendrá la constancia y la elevación espiritual de las mismas. La Federación Médica que lo ha estructurado y está luchando inteligente y tesoneramente por su creación, ha sido el primer paso en esta ruta y está cumpliendo con habilidad y con abnegación el puesto que le ha tocado desempeñar en la evolución histórica de nuestra representación científico-gremial.

El Gremio Médico de Arequipa se solidariza fervorosa y tesoneramente con la Federación Médica del Perú, que está librando campaña para obtener la dación de la Ley que cree el Colegio Médico del Perú y espera, con conciencia plena en la responsabilidad del presente y del futuro médico, que este proyecto de Ley que ha sido ya aprobado en la Cámara de Diputados, lo sea en la de Senadores para que el Ejecutivo lo transforme en Ley lo más pronto posible, por demandarlo asi todo el gremio médico del país.

Estamos seguros que el Colegio Médico del Perú será en breve una realidad; su destino estará entregado a los personeros que lo constituyan; de sus primeros pasos dependerá todo su porvenir; por eso esperamos y deseamos que sus miembros lleguen a él con el espíritu apasionado en realizar las grandes aspiraciones profesionales, con gran elevación moral y con firmeza de acción, con conocimiento pleno de nuestras necesidades y de nuestra verdadera situación, lejos de todo personalismo y de todo espíritu de grupo o sectario y sin ninguna contaminación de tipo político; así será una institución de gran fuerza moral que inspirará confianza y respeto y podrá cumplir eficientemente las importantes funciones que le han sido encomendadas; así lo exije y espera el gremio médico del país.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

COMENTARIOS

UN TRIUNFO DE LOS MEDICOS DE AREQUIPA PARA LA MEDICINA PERUANA.

La libre elección en el Seguro Social del Empleado

Las actuales y futuras generaciones médicas peruanas tendrán que reconocer con simpatía una fecha, la cual, incontrovertiblemente, abrió una nueva era al devolver prestancia y prestigio al ejercicio de la profesión. Esta fecha es el 14 de Noviembre de 1950, día en el cual el Cuerpo Médico de Arequipa, convocado por sus dos instituciones representativas, la Asociación Médica de Arequipa y la Sociedad de Médicos del Hospital Goyeneche se reunió en memorable asamblea para considerar el grave problema creado por la implantación del sistema provisional de prestaciones del Seguro Social del Empleado en las poblaciones no comprendidas dentro del area metropolitana de la Capital de la República.

La Ley que creó el Seguro Social del Empleado en la Nación fué recibida con benplácito no solo por el país en general, sino particularmente por el gremio médico, el cual, más que nadie, conocía muy de cerca las situaciones a veces patéticas que la presencia de la enfermedad desencadenaba en los hogares de los empleados públicos y particulares, quienes no encontraban más amparo ante el costo naturalmente creciente de la asistencia médica que el posible adelanto del sueldo casi siempre exiguo, la contracción de pesadas deudas o la resignación a aceptar servicios gratuitos, muchas veces de pésima calidad, en un Hospital de Beneficencia. El bajo standard de vida de la gran mayoría de la empleocracia del país exigía el establecimiento de un sistema de seguros que cubriera los riesgos de enfermedad, maternidad y muerte.

Aunque desde el punto de vista técnico hubiera sido más aceptable no intentar abordar las citadas prestaciones hasta que quedaran expeditos centros asistenciales de categorias adecuadas en las diversas poblaciones del país, se puso en vigencia un plan de prestaciones provisionales, mediante el cual en el area metropolitana de Lima, incluyendo Callao, el empleado en necesidad de asistencia médica, tenía derecho a elegir libremente al facultativo depositario de su confianza, arreglándose el costo de honorarios conforme a una tarifa prefijada por el Seguro para los reembolsos consiguientes según el tipo de atención médica. En el resto de las ciudades del país se atacó duramente al libre ejercici profesional y a la facultad inalienable que tiene cada individuo de elegir sin trabas a su propio médico, instalándose un sistema según el cual grupos de médicos, más o menos grandes según la población de la ciudad y contratados a sueldo fijo, sin que mediara en ello ni siquiera un concurso de méritos, quedaban encargados de la asistencia médica integral a los empleados asegurados.

Ante esta situación, Arequipa, como en tantas otras ocasiones en la vida de la Patria, y esta vez a través de su cuerpo médico, dió la voz de alarma. Con fecha 3 de Junio de 1950, la Asociación Médica de Arequipa dirigió un primer memorial al entonces Presidente del Cuerpo Organizador del Seguro Social del Empleado el cual desafortunadamente, no mereció ninguna respuesta. El 14 de Noviembre del mismo año, la Asamblea del Cuerpo Médico local acordó enviar un segundo memorial a la misma autoridad. Este documento fué suscrito por el 81 por ciento de los médicos de la ciudad. Tan gran mayoría expresó su repudio por todo procedimiento que cohiba la libertad del ejerecicio profesional y a la vez que expuso la grave situación de desventaja en la que quedaban los médicos que no habían sido nominados para prestar atenciones a los empleados asegurados al restárseles muchos de sus antiguos clientes, defendió también la posición de los colegas contratados, quienes por un sueldo ínfimo se veían obligados a atender considerable número de consultas cada día.

La actitud de los médicos arequipeños tuvo como respuesta la duplicación del sueldo de los profesionales contratados por el Seguro, lo cual —debe decirse aunque con verguenza— ocasionó no pocas disidencias en el grupo originariamente solidario, pero dicha actitud a la vez abrió los ojos de las instituciones médicas de toda la República. Los colegas de Lima —no afectados aun en su libre ejercicio-- comprendieron el peligro de que subsistieran en el resto del país tan anormales condiciones. Y, solo entonces, el médico peruano que no busca privilegios personales sin obtener antes el bienestar de su clase profesional, se dió cuenta de que la única manera de recuperar la tradicional prestancia de la profesión era la unión alrededor de la Federación Médica Peruana. Esta institución, remozada en sus personas dirigentes y con el apoyo ya tangible de las asociaciones médicas de todo el país, pudo actuar con franqueza y con fuerza y, a partir de Octubre de 1952, con un nuevo Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, quien como médico de práctica privada comprendió que todo régimen de Seguro debe contemplar en primer lugar los derechos de los médicos porque ellos constituyen su base fundamental, se derogó en Arequipa el odioso procedimiento de prestaciones mediante profesionales contratados, implantándose de inmediato la libre elección de médico por el asegurado.

Progresivamente se ha seguido igual conducta en otras ciudades importantes, pero todavía subsiste el problema en algunas en las cuales uno o dos médicos continuan a cargo de la asistencia de los empleados, quedando al margen colegas que poseen iguales o mayores méritos para hacerlo.

Al ponerse en vigencia el sistema de libre elección en Arequipa, quedaron por proveerse los cargos de médicos de control del Seguro Social del Empleado, Ante la determinación de las autoridades del Seguro de mantener en esos cargos a los profesionales que habían trabajado mayor tiempo en el anterior sistema, las instituciones médicas locales no opusieron ningún obstáculo, lo cual es prueba fehaciente de que ni en los largos meses de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lucha por recuperar la honorabilidad del ejercicio profesional, ni cuando se obtuvo la justa victoria, jugaron intereses personales o de círculo.

La implantación del nuevo régimen de prestaciones en nuestra ciudad exigía la creación de una Junta Médica de Vigilancia, constituida por profesionales representantes del Seguro, de los médicos y de los empleados, y que tuviera por función la de resolver en primera instancia los conflictos que resultaran de la aplicación de las nuevas normas. La necesidad del establecimiento de tal organismo se desprendía de la importancia del medio y de la imposibilidad material de que la Junta residente en Lima pudiera juzgar y fallar a distancia, sin conocer exhaustivamente todos los antecedentes en cada caso. La creación de una Junta Médica de Vigilancia fué sugerida al organismo directivo del Seguro por la Asociación Médica de Arequipa. Dicho organismo aceptó la innovación por considerarla procedente y dió los primeros pasos para instalar dicha Junta. Desgraciadamente, sucesos de otro orden, no han hecho factible aun la integración de este Tribunal. Es de esperarse que, a la brevedad posible, su funcionamiento sea una realidad. El régimen de prestaciones provisionales mediante la libre elección satisface ampliamente las espectativas de los médicos y la Asociación Médica de Arequipa, como corresponde a una institución responsable, ha sido la primera en solicitar la creación de un Tribunal local que salvaguarde los derechos y evite los excesos de las tres partes que interviene en la actuación del Seguro Social del Empleado: el Seguro mismo, los empleados y los médicos.

La apertura de los centros asistenciales que el Seguro está construyendo actualmente en Lima, en Chiclayo, y en Arequipa y de los que en el futuro levantará en otras ciudades del territorio nacional, terminará, desde luego, con el sistema de prestaciones provisionales. El Cuerpo Médico de Arequipa confía en que la intervención de los médicos en el régimen definitivo, sea organizada con la cooperación y aprobación de la Federación Médica Peruana o del Colegio Médico Nacional, si esta institución, como es el más ferviente deseo de los profesionales de todo el país, es creada en el transcurso del presente año.

HANS SELYE SE DIRIGE A NUESTROS LECTORES.

La Revista Médica de Arequipa ha recibido la comunicación del Dr. Hans Selye de la Universidad de Montreal, cuyo contenido tenemos el honor de trascribir.

Las investigaciones de Selye y su escuela sobre el "stress" ocupan la atención de todos los círculos médicos del mundo, ya que posiblemente, están señalando la alborada de una nueva orientación en los principios básicos de la Medicina, al estudiar las reacciones hormonales de adaptación del organismo vivo ante la acción de toda clase de estímulos nocivos, tanto exógenos como endógenos. El conocimiento del síndrome de adaptación y el de las llamadas enfermedades de adaptación, correlacionado con la acción de la cortisona y de la hormona adrenocorticotropa frente a cierto número de entidades nosológicas hasta ayer disímiles y que hoy constituyen el grupo de enfermedades colágenas, determina desde ya, un índice de la gran trascendencia que suponen los estudios sobre el "stress", en la solución de muchos de los problemas pendientes en patología humana.

Aunque las circunstancias dentro de las cuales se realizan las investigaciones medicas en nuestro medio impiden todavía importantes aportes en este campo, estamos seguros de que la solicitud del Dr. Selye sera acogida con entusiasmo y despertara en el ambiente medico local y nacional el interes para cooperar en el desarrollo de esta novedosa y apasionante doctrina.

El siguiente es el texto de la nota en referencia:

Université de Montreal
Case Postale 6128.
Montréal, 12 de Enero de 1953.
Señor Director.
Revista Medica de Arequipa.
Casilla Nº 84 — Arequipa, Perú.

Re: **Demanda de tiradas aparte concernientes al stress y a las hormonas de adaptación.**

Muy señor mío:

El examen de los artículos publicados en el campo que abarca su revista, nos revela que, un número creciente de ellos se dedica a problemas de investigación sobre el stress y sobre las, así llamadas, "hormonas de la adaptación" (ACTH, STH, corticoides, sustancias adrenégicas, etc.)

Le escribimos porque, en nuestra opinión, el éxito de la investigación en este campo tan complejo y de tan rápido desarrollo depende, fundamentalmente, de poder disponer rápidamente y evaluar las publicaciones interesantes, y sobre este punto queremos solicitar la asistencia de sus lectores.

En 1950 nuestro Instituto inicio la publicación de una serie de volúmenes de referencia titulados "Annual Reports on Stress" (Acta Medical Publishers, Montreal) en los que anualmente se revisa la literatura corriente de todo el mundo (habitualmente entre dos mil y cuatro mil publicaciones). Hasta ahora nos veíamos obligados a compilar la literatura pertinente por dos procedimientos; bien a partir de las revistas médicas, monografías, revistas bibliográficas; o bien por las tiradas aparte que nos eran enviadas por los propios autores. De los dos medios, el último ha mostrado ser la mejor fuente de información. Por tanto en el pasado hemos enviado cada año varios miles de peticiones individuales de tiradas aparte, a investigadores que sabemos se ocupan habitualmente de investigaciones sobre el stress y temas similares. Pero incluso por este procedimiento no alcanzamos todo el resultado que hubiéramos esperado; porque, es materialmente imposible el establecer contacto con todos los autores y porque, a veces, se tarda demasiado tiempo en recibir la publicación deseada.

Es evidente que para asegurar la pronta inclusión de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

las publicaciones en el "Annual Report", ha de establecerse una colaboración internacional estrecha, entre los autores de los trabajos originales, y los de la revisión. Esta colaboración se vió muy ayudada últimamente por la publicación de notas de la redacción en varias revistas médicas, animando a los investigadores interesados en el stress a enviarnos sus tiradas aparte tan pronto como pudieran.

Le agradeceríamos mucho si pudiese Ud. también atraer la atención de sus lectores por la publicación de esta nota.

Atentamente suyos

Hans Selye, M. D., Ph. D., D. Sc., F.R.S. (C),
Profesor y Director del Instituto de Medicina y Cirugía Experimentales.

Alexander Horava, M. D.,
Co-autor de "Annual Reports on Stress".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

MEDICINA AL DIA

LINFORETICULOSIS BENIGNA.

(Cat-scratch Disease; Maladie des griffes de chat)

En Europa Central, R. Foster, O. Gsell y E. Klaus fueron los primeros en estudiar una enfermedad epidémica hasta entonces desconocida, caracterizada por linfadenitis regional aguda y que había sido confundida con varias otras entidades nosológicas, como linfogranuloma inguinal, adenitis Tuberculosa; fiebre glandular, enfermedad de Hodgkin etc. En el 99 por ciento de los casos estudiados, los pacientes habían tenido contacto con gatos y algunos habían sufrido rasguños é incluso mordeduras.

Los informes sobre ésta enfermedad aparecen en la literatura médica desde 1950. a proposito de numerosos casos aparecidos en Bombay, Suiza (St. Gallen), Cincinatti y Washington y, aunque no se ha descrito en otras partes, se cree que sea probablemente de incidencia mundial.

La etiología es aun desconocida, pero todos los estudios hechos concuerdan en que se trataría de un ultravirus, muy cercano biológicamente del que produce el linfogranuloma inguinal; que existe en el gato, sea silvestre ó doméstico y que se trasmite por las mordeduras ó arañas hechos por estos animales o simplemente por el contacto directo o intimo con ellos.

La trasmisión de hombre a hombre, no ha sido aún descrita.

En Francia, Mollaret afirmó (mayo 1952) haber logrado la inoculación experimental del virus, en 4 voluntarios y varios monos, pero sin haber logrado aún la identificación del virus ni haber recibido sus estudios ulterior confirmación.

No parece haber predilección por edad ni sexo.

El tiempo de incubación es de 10 — 20 días.

En la mayor parte de casos, hay una lesión de la piel, que hace de puerta de entrada y en la cual, como manifestación precoz, aparece una pequeña pápula rodeada de un area eritematosa, o una costra que exuda ocasionalmente serosidad y aún, como se ha encontrado en algunos casos de mordedura, severa necrosis con exudado maloliente.

Por vía linfática, la infección llega hasta los ganglios regionales vecinos a la puerta de entreda. En varios casos que hubo compromiso de los ganglios cervicales, no pudo encontrarse la lesión primaria.

Los ganglios tomados o comprometidos, se tumefactan y en general, crecen notablemente haciéndose unas veces dolorosos espontaneamente o a la palpación y otras indoloros.

En alaunos casos, los ganglios llegan a supurar con apertura espontanea y sin haber podido encontrarse germen alguno en el cultivo de ese pus.

El crecimiento ganglionar duró como promedio 2 meses (límites extremos de 3 a 12 semanas) y luego progresivamente desaparece.

Como regla los síntomas generales no existen o son muy benignos o ligeros, representados por febrículas de menos de una semana de duración. Algunos pacientes presentan fiebre más elevada, escalofríos, dolores punzantes generalizados y decaimiento.

Inicialmente algunos pacientes muestran leucopenia y neutropenia y muy discreta eosinofilia; posteriormente la numeración y fórmula leucocitaria suele ser normal; en el estadio de actividad, la eritrosedimentación estuvo siempre acelerada.

Las pruebas con anticuerpos múltiples y de aglutinación, dieron resultados normales o negativos.

El diagnóstico definitivo se hace mediante la intradermorraeación con el antígeno de Mollaret.

Al inyectarse 0.1 cc. intradérmicamente de éste antígeno (preparado mediante la dilución determinada del pus de un ganglio linfático supurado con solución salina fisiológica), se produce a las 48 horas una pápula indurada de 0.5 a 1 cc. de diámetro rodeada de una areola eritematosa de 3 a 5 cms. Mediante ésta prueba se ha logrado comprobar que los brotes o casos apareciados en Bombay o en Washington, eran de la misma etiología.

Así mismo sirve para hacer el diagnóstico diferencial con las otras adenopatías con que puede confundirse.

El pronóstico en general, es bueno, y la recuperación puede ser espontanea.

El estudio histológico de los ganglios revela datos muy interesantes.

Se ha seguido varios casos con biopsias seriados a los 17 — 36 — 40 y 50 días del comienzo de la enfermedad.

Las más precoces alteraciones consisten en hiperplasia retículo endotelial con infiltración de linfocitos y células plasmáticas en el tejido capsular y pericapsular. Numerosos leucocitos polinucleares se hacen presentes en el seno subcapsular.

Los folículos corticales son infiltrados por leucocitos polinucleares y células retículo — endoteliales grandes que se unen para formar células gigantes. La porción medular muestra hiperplasia linfoide en los cordones medulares, rodeados por densa zona de células epitelioides elongadas

En la biopsia a los 50 días del comienzo de la enfermedad no se vió alteración de la arquitectura general del ganglio.

Hay fibrosis alrededor de la cápsula y de los senos periféricos.

Los centros corticales secundarios muestran hiperplasia pero no necrosis. Hay muy discretos focos de hiperplasia de células retículo-endoteliales en la medula, cuyas células presentan nucleos grandes vesiculares y limites citoplasmaticos no bien definidos, lo cual da apariencia de grupos sinciciales de células epitelioides.

En ningún momento ni lugar se visualizó germen alguno. El cuadro anatomo — patológico es sugestiva para

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

el diagnóstico y es sobre todo desconcertante para el patólogo.

La recuperación espontanea puede ser acelerada por la aureomicina. La penicilina, estreptomicina y sulfamidados, no tienen efecto alguno.

La incisión y drenaje, con los respectivos cuidados, están indicados en los casos en que se llega a la supuración.

BIBLIOGRAFIA

Gsell, R. Forster; E. Klaus ..... Schwéiz Med. Wchnschr. 81:699;21 VII — 1951.

Worth B. Daniels; F. Mc. Murray A.M.A, Arch, Int, Med. 88:736; Dec. 1951.

Mollaret et Al Presse Medical 59.701 May. 23 195_.

EL SINDROME POST-OPERATORIO DE DEFICIENCIA DE POTASIO. (*)

R. Montant, H. C. Plattner, R. Faller y G. Mottironi (Ginebra.)

JOURNAL DE CHIRURGIE, 68,5:329, Mayo 1952.

Desde la descripción magistral de Leriche, en 1934, numerosas contribuciones se han agregado al conocimiento de los trastornos post-operatorios, principalmente en Francia donde los trabajos de Leriche mismo, de Gosset, de Lambret, de Larget, entre otros, hon precisado las nociones sobre las perturbaciones humorales susceptibles de suceder al acto quirúrgico.

Se ha reconocido prontamente que la enfermedad post operatoria so podía ser relacionada a un mecanismo patogénico único y que habían múltiples factores que entraban en juego en su desarrollo, entre ellos los trastornos del metabolismo del agua y de los electrolitos se consideraban en el primer plano.

Para la corrección de estas perturbaciones hidrominerales se contentaban, frecuentemente con administrar al enfermo soluciones salinas isotónicas o de suero glucosado, a las cuales se agregaba, desde que se estableció el rol de la depleción de proteinas en ciertos estados post-operatorios, preparaciones de acidos aminados o de plasma sanguineo.

Desde hacen algunos años, el estudio **del metabolismo del potasio** ha aportado nociones nuevas, todavía poco conocidas, sobre aspectos de la enfermedad post-operatoria y ha demostrado que la deficiencia de este electrolito podía estar frecuentemente incriminada en la constitución de este sindrome. Al respecto, nos proponemos relatar algunas observaciones características de hipopotasemia post-operatoria. En estos operados el restablecimiento del equilibrio humoral por la administración de sales de potasio se ha acompañado de una mejoría rápida del estado clínico y pensamos que se puede afirmar que en el primer caso esta medida terapéutica ha permitido salvar la vida de un enfermo cuyo estado parecía extremadamente crítico.

Observación 1º — (Clínica Quirúrgica, Prof. Jentzer).

M.....Luisa, 50 años, operada en 1934 por fibroma uterino. Se hospitaliza el 4 de Octubre de 1951 por oclusión intestinal. El 3—X—51, en la noche, la enferma había comenzado con violentos dolores abdominales que continuaban hasta su ingreso a la Clínica Quirúrgica.

Al examen se constata: enferma ansiosa, razgos afilados, pareciendo ser presa de violentos dolores. El abdomen esta tenso, balonado, doloroso, el peristaltismo debil, pero presente. La temperatura se eleva a 38º; el pulso es debil, pequeño 88, al minuto. La leucocitosis asciende a 21,000.

El examen radiológico muestra numerosos niveles hidro-aéreos en el delgado, en la región ileo-cecal y paraumbilical derecha.

La enferma es operada de urgencia (Drs. Dubas y Corboud).

La intervención revela una oclusión intestinal por una brida con necrosis de la última asa delgada. Se procede a una resección de la parte terminal del delgado seguida de una iteo-transversostomía latero-lateral.

Del 4 al 10 de Octubre la evolución post-operatoria es normal. El estado de la enferma es satisfactorio. Diariamente recibe 3 litros de liquidos bajo la forma de suero fisiológico y de suero glucosado. La diuresis es buena, oscilando alrededor de 800 cc. por día.

El 10 de Octubre, o sea 6 días después de la operación, llama la atención el estado de deshidratación de la enferma, quien se queja de una gran fatiga. El abdomen está de nuevo distendido y la radioscopía abdominal revela una asa del delgado muy dilatada en el flanco izquierdo y niveles hidroaéreos en el delgado.

El 11 de Octubre la sequedad de la lengua persiste. El abdomen está un poco más balonado. La radiografía abdominal confirma el examen radioscópico de la víspera. Se coloca una sonda de Miller-Abbott.

El 12 de Octubre el estado de la enferma se agrava más. Presenta una astenia extrema y parece muy obnubilada. Se constata una deshidratación que llama la atención, la lengua esta absolutamente seca, apesar de que la enferma recibe liquidos en cantidad suficiente (3 litros) y que la diuresis es buena. La temperatura sube a 39º y un examen clínico minucioso asi como una radiografía del torax no permiten descubrir ningún foco infeccioso.

Pensando en la posibilidad de trastornos metabólicos se procede a un control del estado humoral encontrándose una azoemia normal (0.33 g|l,) cantidades de cloro y de sodio fisiológicas (Na= 3,21 g|l,

(*) Traducido por la Redacción.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Cl= 3.25 g|1) y una hipokalemia de 120 mg|1 Ademas, el trazado electrocardiográfico revela signos típicos de hipopotasemia: ondas T aplanadas, sobre todo visibles en DII DIII y en las derivaciones precordiales.

Se administra entonces un litro de solución de NaCl y KCl (3 gramos de KCl) por via intravenosa y 4 gramos de KCl por la sonda.

El 13 de Octubre se administra de nuevo 2 litros de sol. de NaCl y KCl (6 gramos de KCl por via intravenosa y 2 gramos de KCl per os) Se nota entonces una mejoría clínica, el peristaltismo se restablese y lo sonda vuelta inutil, puede ser retirada. El trazado electrocardiográfico ha mejorado también.

El 14 de Octubre la mejoría clínica es llamativa. La enferma esta sonriente y transformada. La astenia ha desaparecido, la temperatura es vecina de la normal. Se continúa la administración de la solución de potasio.

El 15 de Octubre el estado general es excelente. El trazado electrocardiográfico se ha normalizado y la tasa de potasio sanguineo se ha elevado a 173 mg|1. Desde entonces la evolución post-operatoria es absolutamente normal y la enferma curada, sale de la Clínica el 1º de Noviembre de 1951.

En resumen: en una enferma operada por obstrucción intestinal se desencadenan, 6 días después de la interverción, trastornos de la motilidad intestinal con dilatación considerable de las asas delgadas y niveles hidroaéreos en el delgado, aunque no hay detención total de gases. Apesar de poner en practica la terapéutica usual (aspiración continua según el método de Wangesteen, prostigmina, etc), el tránsito no se restablece. Al contrario, el estado de la enferma se agrava; presenta una gran astenia y se instala un estado de postración y obnubilación muy inquietante. Se contata, además, una deshidratación muy notable con lengua seca a pesar de que la enferma recibe cantidades suficientes de líquidos y que la diuresis es satisfactoria. Un electro-cardiograma practicado al 8º día de esta grave enfermadad post-operatoria, revela signos típicos de una hipopotasemia, con niveles de potasio sanguineo de 120 mg|1 (3 mEq|1).

Las inyecciones endovenosas de una solución enriquecida en potasio y la administración de KCl **per os** transforman el estado de la enferma en 48 horas, que sale de su obnubilación y se restablece el transito intestinal. El trazado electrocardiográfico se normaliza en 3 dias.

Obs. 2 — (Segundo Servicio de Cirugía, Prof. R. Montant). — A. . . Marta, 68 años, es hospitalizada el 20 de Octubre de 1951 con un sindrome ulceroso típico. Durante las tres semanas anteriores a la intervención los dolores fueron violentos, la enferma no pudo alimentarse sino pobremente, habiendo perdido 5 kgr. de peso. El examen radiológico revela una úlcera prepilórica sospechosa de degeneración. El examen médico pre-operatorio no mostraba otros trastornos somáticos. El trazado electrocardiográfico era normal. El 23 de Octubre la enferma fué operada, encontrándose una úlcera del píloro penetrando en el páncreas, procediéndose a una resección gástrica, muy laboriosa por las adherencias duodeno-pancreáticas muy estrechas. La operación se termina por una anástomosis término-lateral transmesocólica según Polya. En el curso del desprendimiento, la superficie anterior del pancreas ha sufrido algunas dilaceraciones, sin embargo se puede suturarlas y peritonizarlas, dejándose en contacto una mecha.

La evolución post-operatoria inmediata es normal Desde el 23 de Octubre se elimina por el trayecto del drenaje, una secreción abundante de jugo pancreático. Esta secreción evaluada en mas de 1 1|24 h. los primeros días, fué disminuyendo poco a poco para agotarse el 9 de Noviembre.

Desde el 3 de Noviembre la enferma está cada vez más asténica, se encuentra absolutamente inerte en su cama sin que presente una parálisis franca. Está muy fatigada, totalmente anoréxica, rechazando toda alimentación. Desde la operación no ha tomado ningún alimento solido pero, ademas de las bebidas, ha recibido por vía intravenosa 1.5 litros de solución glucosa y 500 cc. de suero fisiológico por día. Presentó algunas deposiciones diarreicas.

La astenia constatada el 3—XI se acentúa hasta el 8—XI a pesar de los ensayos de alimentación forzada ya por enemas alimenticios, ya por la sonda gástrica. su estado mental decae de tal manera que se impone el examen por un especialista, quien no estima necesario su internamiento.

El 9—XI se piensa en la posibilidad de un sindrome post-operatorio de deficiencia de potasio, y se procede a un balance humoral asi como a un examen electrocardográfico. Los exámenes químicos del suero don los siguientes resultados: Uea 0.25 g|1; C02 total 55.5 vol. p. 100, cloro 3.83 g|1; sodio 3.43 g|1; potasio 72 mg|1.

En cuanto al electrocardiogrma, normal antes de la operación, muestra taquicardia sinusal, aplanamiento de las ondas T y descenso del segmento ST claro en DI y DII y considerable en las derivaciones precordiales. Existe, además alargamiento de QT a 0.36, mientras que para el ritmo cardiaco correspondiente debería tener 0.24 a 0.33 s. Todas estas alteraciones son características de la hipopotasemia.

En vista de estos trastornos se administra a la enferma 4 g. de KCl per os y 500 cc. de una infusión de NaCl y KCl o sea una dosis total de 5.5 g. de KCl. Los días siguientes se aumenta esta dosis a 7.5 g.

En 48 horas el estado clínico de la enferma se transforma; tiene una vivacidad que contrasta con la inercia total de los días anteriores y acepta comer un poco. La kalemia se eleva a 150 mg|1. El trazado electrocardiográfico ha mejorado notablemente.

Después de 4 días de tratamiento se puede levantar de la cama. La kalemia se ha elevado a su nivel normal de 187 mg|1. Los dosajes de los otros electrolitos indican también cifras normales. El tra-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tamiento se continua todavia por 3 días más. La enferma entra en convalecencia y es dada de alta el 4 de Diciembre de 1951.

En resumen: en una enferma de 68 años habiendo sufrido una resección gástrica por ulcus penetrante en el páncreas y cuya evolución psot-operatoria fué complicada de un derrame importante de jugo pancreático por la herida operatoria, se instala, 10 días después de la operación, un estado de astenia, adinamia y postración inexplicables al principio; la hidratación así como la diuresis eran satisfactorias y ningún elemento infeccioso o vascular complicaba la evolución post-operatoria. El trazado electrocardiagráfico y el dosaje del potasio sanguineo encontrando 72 mg|l confirman la existencia de un sindrome de deficiencia de potasio, que mejora en 48 horas y es corregido en algunos días por la administración de KCl per os y por vía intravenosa por medio de una solución de NaCl y KCl.

Obs. 3 (Segundo Servicio de Cirugía, Prof. R. Montant). — M ..... Carlos, 24 años, es hospitalizado el 15 de Noviembe de 1951 por un sindrome de apendicitis aguda habiendo comenzado la víspera. La temperatura es de 38°6, el puso 96 por minuto y una leucocitosis de 16,000.

El enfermo es operado ese día mismo. Se encuentra un apéndice flemonoso, perforado, con un grueso coprolito. Se procede a la apendicectomía y se deja un drenaje en el lecho apendicular. Del 15 al 23 de Noviembre la evolución post-operatoria no es alarmente a pesar de que se acompaña de diversos incidentes; hemorragia de la pared el 17-XI y el desencadenamiento de diarreas bastante abundantes, probablemente debidas a la terramicina, desde el 18—XI. El 20—XI el retiro del drenaje se acompaña de la salida de pus nauseabundo. Desde la operación hasta el 23—XI el paciente no se ha alimentado practicamente. En cambio, teniendo encuenta las diarreas, su balance hídrico y clorurado ha sido equilibrado por infusiones de suero fisiológico (NaCl al 9 por mil) y glucosado (5 por ciento en cantidades que variaban entre 500 y 3,000 cc. El 23—XI el enfermo no está bien: con astenia, la lengua tostada, el abdomen difusamente balonado, el pulso acelerado. La agravación de su estado nos parece atribuible sea a un broto evolutivo de peritonitis sea a trastornos metabólicos post-operatorios.

El 24—XI su estado se estacionirio. Los dosajes de electrolitos dan los siguientes resultados: Sodio 3.69 g|l; cloro 4.11 g|l; potasio 89 mg|l; C02 36.5 vol. p. 100.

El trazado electrocardiográfico revela alteraciones típicas de la hipokalemia, aplanamiento de la onda T en todas las derivaciones standard y en la precordial V6, con su inversión, franca en las precordiales V3 y V5.

Se administra ese mismo día 6 g. de KCl per os, en tres tomas de 2 g. El 25—XI recibe además 1.5 litro de solución de KCl y NaCl por vía intravenosa y 6 g. de KCl per os. La mejoría es clara, el abdomen se ablanda y el pulso se retarda.

El 26—XI se administra todavía 6 g. de KCl. El estado clínico es satisfactorio. El trazado electro cardiográfico se normaliza y la tasa de potasio aumenta a 160 mg|l.

Desde entonces el enfermo toma una alimentación adecuada y la evolución post-operatoria continua sin incidentes.

En resumen: en un hombre de 24 años, operado por apendicitis perforada, sobrevienen diarreas importantes 3 días después de la intervención. A los 8 días después de la operación el estado general se agrava a pesar del mantenimiento de un balance hídrico satisfactorio. El paciente presenta astenia y trastornos de la motilidad intestinal. Estos trastornos son atribuidos o a una recidiva de un proceso inflamatorio local ó a alteraciones metabólicas post-operatorias, cuya realidad es confirmada por la apreciación de una hipokalemia marcada, 89 mg|l y un trazado electrocardiográfico característico.

La administración de KCl, sea per os, sea por infusiones intravenosas, asociado al NaCl, mejora considerablemente el estado clínico del paciente en 48 horas corrigiendo simultaneamente el trazado elctrocardiográfico y las alteraciones humorales.

COMENTARIO. — Las 3 observaciones que acabamos de relatar constituyen ejemplos característicos de deficiencia de potasio post-operatorio. Esta complicación, lejos de ser excepcional, debe ser sospechada en todos los casos donde aparecen, después de algunos días de una intervención quirúrgica importante, una astenia marcada debilidad muscular, apatía y distensión abdominal. Puede ser descubierta por el examen electrocardiográfico, cuyo trazado presenta alteraciones características sobre las cuales insistiremos después, y por el dosaje del potasio sanguineo cuya tasa está por lo general notablemente baja.

Es evidente que en la gran mayoria de los casos esa carencia del electrolito intracelular se corrige espontaneamente con el retorno de la alimentación, pero es cierto también, que aveces puede producir trastornos de una extrema gravedad que se corrigen de manera espectacular por la administración de una sal de potasio.

DISCUSION. — El potasio es uno de los constituyentes esenciales de la estructura fisicoquímica de la célula y los fisiólogos han reconocido sus multiples funciones desde hace mucho tiempo. Se ha establecido que este metal es indispensable para el crecimiento, necesario en la sintesis del glucógeno y de algunas proteinas, interviene en el mecanismo de la contracción muscular y especialmente en los fenomenos de la transmisión neuro-muscular. Juega un rol importante en la liberación de la acetil-colina, como de la adrenalina de donde su participación en numerosas funciones de la vida vegetativa. I por último, una de sus funciones fisiológicas que más interesa al clínico es su rol de catión principal del liquido intracelular, destinado por el número de sus particulas disueltas a mantener el equilibrio osmótico del medio intracelular, o sea una hidratación conveniente de la célula. Se opone de esta manera al sodio que mantiene el equilibrio osmótico del medio extracelular (plasma y liquidos intersticiales).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Apesar de la importancia de estas funciones fisiológicas parecería que en clínica el metabolismo del potasio no sufriría sino perturbaciones menores, que podrían ser practicamente no tomadas en cuenta.

Durante estos últimos años se han señalado sin embargo trastornos atribuibles a la deficiencia del potasio en numerosas condiciones mórbidas estudiadas por uno de nosotros (Plattner). Es asi que se la encuentra en las diarreas graves, coma diabético, coma hipoglucémico, vómitos por estenosis pilórica u obstrucción intestinal alta, en ciertas formas de insuficiencia renal, en los sindromes de hiperactividad suprarrenal (especialmente en los inducidos por sobrecargas de acetato de desoxicorticosterona, de cortisona o de A.C.T.H.), en las sobrecargas de sales de sodio y, por último, en los estados post-operatorios.

El descubrimiento relativamente reciente de estos trastornos se explica por las grandes dificultades que ha presentado la exploración del metabolismo del potasio ya que este metal se encuentra casi enteramente en las celulas y solo en pequeñas cantidades en la sangre y los líquidos intersticiales. Es así que sobre un capital aproximado de 140 g. de potasio, 2.5 g. solamente se encuentran en los liquidos extracelulares a una concentración de 160 a 200 mg|1.

En consecuencia solo el analisis químico de los tejidos, el estudio de la difusión del potasio radio-activo o el balance preciso de lo ingerido y excretado permiten establecer si un enfermo ha sufrido o no un desperdicio importante de potasio.

El potasio sanguineo sigue en cierta medido la tasa de concentración de este mineral en el organismo, es decir que en **la mayoría de los estados de deficiencia de potasio que podemos observar hay hipopotasemia,** pero la kalemia puede estar normal o aún elevada en presencia de un desperdicio celular efectivo. Es necesario entonces conocer la posibilidad de una falta de correlación entre la tasa sanguinea del electrolito y su capital en el organismo.

Los **factores patogénicos** de la deficiencia de potasio durante las consecuencias operatorias son multiples, pero pueden ser reducidos, en grandes líneas, a un problema de balance: las pérdidas del cation stendo claramente superiores a su aporte.

Así el sindrome de hipopotasemia solo se observa, en general, en los operados que han sido alimentados exclusivamente por vía parenteral durante varios días. Nuestra alimentación contiene, por termino medio, 27 a 4 g. de potasio; el aporte de este metal es entonces casi siempre suficiente cuando los enfermos no estan sometidos a una dieta completa.

Además de la insuficiencia de aporte, la hipokalemia se constituye por una exageración de las pérdidas de este electrolito. Este desperdicio puede hacerse por via renal o por via digestiva.

Un sujeto normal elimina por la orina alrededor del 90 por ciento del potasio absorbido y mientras el suministro alimenticio es normal o abundante, regula su eliminación urinaria en función de la cantidad ingerida y el balance queda equilibrado. Sin embargo contrariamente de lo que se observa para el sodio y el cloro, existe para el potasio una excreción renal obligatoria. Aun cuando el suministro del electrolito sea nulo se pierde por la crina una cierta cantidad, de donde puede resultar una carencia de potasio. Este deficit urinario tiende a exagerarse a consecuencia de las intervenciones quirúrgicas, como lo han demostrado RANDALL y LOKWOOD, BLIXENKRONE-MOLLER, SNYDER y SNYDER. Y nosotros mismos hemos observado con KOECHLIN deficits urinarios que podian elevarse a 8 g. en 6 días en casos operatorios simples. Parece que este aumento de la potasuria puede ser atribuido a un mecanismo hormonal del tipo de la reacción de alarma; en efecto, VENNING, FORBES y ALBRIGHT han señalado un neto aumento de la eliminación de 17 ceto-esteroides después de los traumatismos operatorios, y ELMAN y HARDY han demostrado la estimulación hipófiso-suprarrenal por la caida de los eosinófilos y el balance de los electrolitos.

Ademas, es bien conocido que las hormonas suparrenales favorecen la excreción de potasio al mismo tiempo que la retención del sodio. Se notará con interes que en un gran numero de casos, la hipokalemia post-operatoria se acompaña de alcalosis y de hipocloremia (Pearson, Eliel y Rawson) y que estas modifcaciones humorales son precisamente unas de las modificaciones características de los sindromes de hiperactividad suprarrenal (enfermedad de Cushing, sobrecarga de hormonas suprarrenalianas o corticotropas, A.C.T.H.)

Fuera de este mecanismo hormonal, la excreción urinaria de potasio puede ser favorecida por una rehidratación intensiva por medio de soluciones de suero fisiológico o de glucosa. Estas grandes infusiones pueden producir una diuresis no compensada de potasio. Después de los trabajos de DARROW ha quedado demostrado actualmente, por el analisis químico de los tejidos y el estudio de la difusión del K radioctivo, que la membrana celular no es tan impermeable a los cationes como se había supuesto. Cuando el suministro de potasio es nulo mientras que el de sodio es abundante, el equilibrio de los electrolitos celulares puede modificarse y la celula puede enriquecerse en sodio a expensas del potasio que es excretado Pero lo más a menudo la deficiencia de potasio no resulta solamente de una insuficiencia del suministro y de una exageración de la excreción urinaria, sino también de la asociación de perdidas entrarenales importantes.

En efecto, todos los liquidos del tubo digestivo (jugo gástrico, pancreático, bilis, secreciones intestinales y colicas) contienen potasio a concentraciones que varian entre 0.20 y 0.80 g|1. En condiciones normales este potasio es reabsorbido en el tubo digestivo pero cuando existen vómitos, diarreas o fístulas intestinales, o cuando el enfermo está sometido a aspiración continua, la pérdida de este cation puede volverse considerable. En nuestros 3 enfermos estas pérdidas extra-renales parecen haber jugado un rol indudable en el desarrollo de la carencia potásica.

La **sintomatología** de la deficiencia de potasio es sobre todo cardiaca y neuromuscular. Las alteraciones del trazado electrocardiográfico son muy precoces y de una

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

importancia diagnóstica primordial. Se caracterizan por modificaciones del segmento terminal, observándose un aplanamiento de la onda T que se vuelve ancha y plana, pudiendo aun invertirse. Frecuentemente esta onda T se prolonga por un segundo accidente, la onda U. Se nota además, con cierta frecuencia, un alargamiento del espacio QT y un bajo voltaje. El electrocardiograma de la hipokalemia puede ser semejante al que se observa en otros trastornos metabólicos tales como la hipocalcemia, o la hipoproteinemia traducen según las concepciones de HEGGLIN una insuficiencia energeto-dinámica del corazón. El interes de estas alteraciones es su perfecta reversibilidad por la administración de sal de potasio o por el retorno de la alimentación.

Clinicamente la deficiencia de potasio se traduce por una gran debilidad muscular que puede evolucionar, en los casos graves, hacia una paralisis flácida de las extremidades y trastornos respiratorios impresionantes por paresia del diafragma y de los musculos respiratorios. Hay que considerar, sin embargo, estos accidentes dramáticos como excepcionales; generalmente se encuentra enfermos extremadamente asténicos, presentando cierto grado de hipotonía muscular, apatía, obnubilación, distensión abdominal terminando a veces en el ileo paralitico, como en nuestra observación 1. Es evidente que esta sintomatología poco específica puede no alarmar en los grandes operados. Pero cuando coincide con las alteraciones electrocardiográficas qeu ya hemos mencionado y con una hipokalemia, el diagnóstico del sindrome de deficiencia de potasio no puede ponerse en duda y se obtendrá una notable mejoría del estado clínico por la administración de sales de potasio.

Los efectos de la carencia potásica sobre la motilidad intestinal deben merecer una atención particular y nos parece oportuno recordar ahora los hermosos trabajos exoerimentales de WINTER, HOFF y DSO y de GAZES, RICHARDSON y COTTEN. Estos dos grupos de investigadores, sometiendo los primeros ratas, los segundos perros, a dietas carenciales de potasio, han visto producirse disminución del tono y retardo del ritmo de las contracciones del tubo digestivo, sobre todo a nivel del estómago y del delgado. Observaron también acumulaciones de gas y de líquido en los intestinos y constataron que el ciego podía alcanzar proporciones gigantescas (Winter). La barita dada por una sonda no era evacuada por el estómago de los animales El tratamiento por la administración de soluciones de potasio restablecia el tránsito en un plazo muy corto.

En la observación clínica estos trastornos de la motilidad intestinal no son excepcionales. En un notable trabajo, sobre 32 casos de alcalosis hipokalemica post-operatoria, ELIEL, PEARSON y RAWSON han observado 19 veces distensión abdominal y 6 casos de íleo paralítico.

En la práctica, dos ordenes de hechos se desprenden del conjunto de estas constataciones:

1º. — Si los estados post-operatorios simples, donde la alimentación puede ser comenzada rapidamente, no necesitan de supervigilancia metabólica ni de medidas terapéuticas particulares, no sucede lo mismo en las intervenciones quirúrgicas mayores, cuando las consecuencias operatorias se complican, cuando el retorno de la alimentación es imposible durante varios días y, sobre todo, cuando hay pérdidas de líquidos y de electrolitos por vómitos, diarreas, fístulas intestinales o por aspiración continua. En todas estas condiciones, la alimentación parenteral por soluciones de suero salado, de glucosa o aun de plasma es incompleta y permite el desarrollo de un sindrome de deficiencia de potasio cuyas consecuencias clinicas pueden ser peligrosas.

En presencia de esta complicación, la utilización de la solución de Ringer es insuficiente porque su composición es semejante a la constitución química del liquido extracelular muy pobre en potasio y es incapaz, entonces, de restablecer el equilibrio de los electrolitos intracelulares. Solo una solución enriquecida en potasio es la que debe administrase, a menos que sea posible dar al enfermo una sal de potasio per os.

2º. — Un cierto número de sindromes de hipokalemia post-operatoria asociados a la alcalosis y a una hipocloremia refractoria a la administación de cloruro de sodio, pueden ser atribuidos a un mecanismo hormonal por estimulación excesiva hipofiso - suprarrenal bajo los efectos del traumatismo operatorio. La utilización de dosis repetidas de hormonas suprarrenales que se han preconizado o menudo en los estados post-operatorios no puede ser recomendada entonces en todos los casos, porque ellas son capaces de acentuar la astenia y la hipotensión consecutivas a un sindrome de deficiencia de potasio.

El **tratamiento** de la hipopotasemia consistirá en la administración de sales de potasio, sea **per os** si el estado del enfermo lo permite, sea por vía intravenosa.

Por la vía oral, utilizamos el cloruro o el citrato de potasio a dosis de 4 a 8 g. por día. Estas sales no son, sin embargo, siempre bien tolerados, los enfermos se quejan de su gusto, de intoleración gástrica o de diarreas. Administramos entonces este electrolito en soluciones de composición muy simple cuyo principio consiste en reemplazar parcialmente los contituyentes del suero fisiológico (NaCl a 9 por mil) o de la solución de glucosa isotónica (5%) por una sal de potasio según las formulas siguientes:

NaCl	6.0 g.
KCl	3.0 g.
Agua destilada	1,000 cc.

KCl	3.8 g
Glucosa	34.0 g.
Agua destilada	1,000 cc.

Se puede también hacer preparar ampollas de KCl a razón de 1.5 g|10 cc. de agua destilada. El contenido de una o dos de estas ampollas esterilizadas se agrega a los líquidos de infusión corrientes.

La única dificultad del tratamiento es la toxicidad relativa del potasio, que produce a concentraciones muy elevadas en la sangre, trastornos del ritmo cardiaco pudiendo ir hasta la detención del corazón en diástole.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El peligro de sobrecarga es practicamente inexistente cuando la indicación es planteada con rigor. Dos precauciones se imponen siempre que se trate de la dministración de sales de potasio. Una es la de proscribirlas en los insuficientes renales o en los sujetos en oliguria franca, con una diuresis inferior a 500 cc|24 horas. La otra consiste en controlar cuidadosamente el ritmo de inyección de las infusiones hechas por vía venosa. Las soluciones de las que hemos dado la formula, contienen alrededor de 50 mEq|l de potasio y se ha establecido que se pueden inyectar sin peligro de 30 a 80 mEq|l|h. Al ritmo habitual de LXXX a CXX gotas|minuto, no hay peligro de accidentes tóxicos.

RESUMEN. — Los autores relatan 3 observaciones características de deficiencia de potasio sobrevenidas después de intervenciones quirúrgicas. Los trastornos producidos por la carencia de este electrolito, que es el cation principal del líquido intracelular, corresponden a uno de los sindromes que se pueden observar en la enfermedad post-operatoria. Sobrevienen entre 3 y 10 días después de una intervención quirúrgica mayor y se caracterizan por astenia intensa, debilidad muscular, distensión addominal, que puede terminar en el íleo paralítico y, también por un estado de obnubilación inquietante; estos trastornos estan asociados a alteraciones típicas del trazado electrocardiográfico y a hipokalemia. El descenso de la tasa sanguínea de los electrolitos no es, sin embargo, siempre paralelo a la importancia de las pérdidas de potasio.

Estas observaciones se acompañan de una exposición de la fisio-patología del potasio, de la sintomatología clínica y electrocardiográfica de la deficiencia de este electrolito y de proposiciones terapéuticas para la corrección de los trastornos que produce.

BIBLIOGRAFIA:

1.— BLIXENKRONE - MOLLER,. N. — Acta Chir. Scandinav. 97, Enero 1949, 300—312.
2.— DARROW D. D. y PRATT, E. L. — J.A.M.A, 143, 27 Mayo 1950, 365—373 y 3 Junio 1950, 432—439
3.— ELIEL, L. P., PEARSON. O. H y RAWSON, R. W.— New Engl. J. Med, 243, 28 Setbre. 1950, 471 — 478. y 5 Octbre. 1950, 518—524.
4.— ELMAN, R. — La maladie post-operatoire. Relato al XIV Cong. Internc. de Cirugia, París, Setbre. 1951, 23—29.
5.— FORBES, A. P., DONALDSON, E. C., REIFENSTEIN, E. C. y ALBRIGHT, F. — J Clin Endocrin, 7 Abril 1947, 264—268.
6.— GAZES, P. C., RICHARDSON, J. A. y COTTEN, M. de V. — J. Lab. a Clin Méd. 37, Junio 1951, 902 —908.
7.— GOSSET, J. y DELAY, J. — Significaction de la maladie post-operatoire. — Mem. Acad. Chir, 69, 1943, 435—442.
8.—HARDY, J. D. — Ann. Surgery, 132, Agosto 1950, 189—197.
9.— LAMBRET, O. — La maladie post-operatoire. Masson y Cie, Edit., Paris 1943.
10.—LARGET M. — La maladie des operés. Maladie post-operatoire de Lériche. Etude theorique et pratique. París, Masson et Cie., Edt. 1943.
11.— LERICHE, R. — La maladie post-operatoire. — Lyon Chir., 31, Setbre. 1934,, 627—636.
12.— PLATTNER, H. C. — Les troubles du métabolisme du potassium et leur traitement. — V. Jornada de Terap. Clínica, 18 Octbre. 1951, Librairie de l' Université, Genéve.
13. — RANDALL, H. T., HABIF, D. V., LOCKWOOD, J. S. y WERNER, S. C. — Surgery, 26 Setbre. 1949, 341 —363.
14. — SNYDER, C. D. SNYDER, H. E. WINFIELD, K. — Arch. Surg., 61, Julio 1950, 62—75.
15.— VENNING E. H., HOFFMAN, M. N. y BROWNE, J. S. L, — Endocrinology, 35, Julio 1944, 49—62.
16.— WINTER, H. A., HOFF, H. E. y DSO, L. — Fder. Proc, 8, Marzo 1949, 169.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE AREQUIPA

Renovación de Directiva. — El cinco de Octubre de 1952, cumpliendo con lo establecido por los estatutos de la institución se renovó la nueva junta directiva, que habiendo sido elegida en Asamblea General, quedó constituída de la siguiente manera:

PRESIDENTE (reelegido)
Dr. Carlos Neuenschwander Landa.

VICE-PRESIDENTE
Dr. Daniel Paz y Basurco.

SECRETARIO
Dr. José Eguren Cáceres.

SECRETARIO DE ACCION CIENTIFICA
Dr. Javier Llosa García.

SECRETARIO DE ACCION GREMIAL
Dr. Jorge Jaruíe.

TESORERO
Dr. Fermín Chávez E.

Como se puede observar, las secretarías del Interior y del Exterior, quedaron refundidas en una sola, por acuerdo de la Asamblea.

Al asumir los cargos, durante la sesión solemne que se celebró con motivo del aniversario de la institución, el Presidente de la misma pronunció el siguientes discurso:

"Hace un año, al conmemorar esta misma fecha y asumir la Presidencia de esta institución, dije que mi más caro deseo era que, al terminar mi período directivo pudiera entregar a mi sucesor, el programa que entonces tracé convertido en hechos. Hoy, tengo que declarar hidalgamente que no he podido cumplir mi anhelo. En primer lugar porque no voy a dejar mi cargo, al haber sido reelegido Presidente. El honor que esto significa para mi es abrumador y me obliga, en esta oportunidad a expresar a mis socios, mi más sincero agradecimiento. Sin embargo, estoy convencido que esta reelección se ha efectuado, no como reconocimiento a mi labor que ha sido realmente pobre, sino más bien, como medida disciplinaria, mediante la cual, me quieren dar la oportunidad de desempeñarme mejor en un nuevo período.

En segundo lugar, no he podido trasformar en realidades mis proyectos, por diversos factores que en el curso de este informe iré analizando.

Entre las actividades cumplidas durante un año por mi directorio y la Asociación hay algunas que son halagueñas y otros que merecen crítica. Creo que es honesto y constructivo que empiece por ocuparme de las últimas. Para ello, es conveniente hacer algunas apreciaciones generales previas.

La Asociación Médica de Arequipa no ha podido cumplir todas las actividades que mi directorio esbozó para este período debido, principalmente, a incumplimiento de varios de sus componentes y a la indiferencia de la mayor parte de sus socios. Al respecto, cabe observar que la mayoría de los médicos de la localidad, cree que su función consiste exclusivamente en desempeñar sus labores profesionales particulares sin preocuparse en lo más mínimo, de los problemas médicos generales que afectan a la población dentro de la que se desenvuelven y al gremio al que pertenecen. Según mi opinión, esa manera de pensar y de actuar es equivocada y perjudicial. En efecto existen numerosos problemas de índole preventiva y curativa cuya solución no solo compete a los organismos y funcionarios oficiales, sino, a todos y cada uno de los médicos. El conformismo ante lo insuficiente o deficiente pero posible de mejoramiento, revela una indiferencia egoísta o un escepticismo caduco. La sociedad, progresa gracias al perfeccionamiento individual de los elementos que la integran, pero solo en tanto este perfeccionamiento se proyecte en beneficio de los demás. Es el interés supra-individual por lo general y común el que impulsa el progreso colectivo. Por eso los pueblos donde el espíritu cívico está más desarrollado, son los que más han progresado. Inclusive el mismo perfeccionamiento individual, solo es posible como fruto del intercambio colectivo. Hasta el Genio, que a veces se aisla para producir, busca sus fuentes de inspiración en lo simple y general y, si así procede el Genio, con mucha más razón debe hacerlo el hombre común.

En el problema concreto de la conservación de la salud, hay mucho que hacer en Arequipa y todo, corresponde a la iniciativa de sus médicos. Pero la solución no hay que esperarla sino buscarla activamente y ella no se encuentra por el camino de las lamentaciones sempiternas, de las críticas escépticas y del abandono destructivo, sino por el estudio de las causas, la crítica constructiva y la imaginación creadora. Y, para que ellas tengan fuerza ejecutiva, es preciso que procedan de todos los medicos. Por eso, cuando alguien se queja, por ejemplo de una deficiencia en la atención hospitalaria, en parte está lanzando un reproche contra los médicos y, nosotras al asi entenderlo debemos recibirlo con un sentimiento de responsabilidad y no derivarlo hacia culpables inpersonales o imaginarios.

Sería muy saludable que comprendiéramos que las características del momento histórico que nos toca vivir a cada generación, no son sino la huella de nuestra propia acción. En el terreno de la Medicina, esto equivale a reconocer que si los medios y organismos, preventivos y curativos de que disponemos, no están a la altura científica y técnica que les corresponde de acuerdo a la época, se debe a nuestra abulia, indiferencia o incapacidad.

Lo mismo ocurre en lo referente a los problemas gremiales. Por eso en muchas oportunidades nos vemos o-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

bligados a librar violentas batallas para reconquistar posiciones que legítimamente nos pertenecían pero que perdimos por inercia. De este modo gastamos energías y tiempo que serían mucho más provechosos si las dedicaramos a problemas específicos de nuestra profesión.

Estas consideraciones generales nos llevan a la conclusión de que es conveniente que los médicos nos preocupemos no solo de nuestros intereses personales sino también de los problemas que sin ser privativos de nadie son comunes a todos; que la indiferencia por los problemas científicos nos lleva a la rutina y la desunión nos debilita. En suma, que por independientes que seamos, nos conviene la asociación que nos torna activos y fuertes, fraternales entre nosotros y más útiles para la colectividad.

Ahora, veamos lo que, dentro de este ambiente permanente, hemos podido hacer los socios de esta institucion durante el período de 1951—52.

Nuestras relaciones con las instituciones similares o afines de la localidad y del resto del país se han incrementado en cantidad y solidez. Especialmente con la Sociedad de Médicos del Hospital Goyeneche con la que hemos trabajado siempre en estrecha colaboración y con la Federación Médica Peruana, cuyo Presidente, en un gesto de honrosa distinción, nos hizo una provechosa visita en el mes de Agosto último.

El número de nuestros socios, se ha mantenido igual. Algunos han dejado de pertenecer a la institución por motivos de salud, pero han ingresado nuevos.

Las actividades científicas, no han sido muy nutridas. En total se han dictado 9 charlas científicas, 6 de las cuales han estado a cargo de socios de la Asociación, 2 dictadas por profesores extranjeros y una por el Presidente de la Academia Peruana de Cirugía. En este momento creo oportuno citar algunos conceptos expresados por el Dr. Honorio Delgado, en su enjundioso libro "El Médico la Medicina y el Alma"; que dicen..... El incesante progreso de la técnica en todas las ramas de la Medicina, nos obliga a un contínuo esfuerzo de información si no queremos quedar en la postura poco airosa de simples usufractuarios de procedimientos y agentes cuya razón de ser no alcanzamos..... "El directorio de la Asociación cree que la frecuencia de estas charlas científicas, por modestas que sean, facilitan la información y nos libran de quedar en posición poco airosa.

El movimiento económico ha sido realmente desfavorable, en parte por la mala organización de las cobranzas y en parte por la dificultad que los colegas oponen a los cobradores. Por interés de nuestra institución, es preciso que esta situación mejore.

Nuestro Directorio acordó autorizar a la Sociedad de Señoras del Hogar del Médico para que utilizaran nuestro local para sus programas de caracter social y cultural. Es de felicitar muy especialmente a esta sociedad, por la activa labor que viene cumpliendo. Igualmente, se acordó autorizar el uso del local, a la Asociación de Enfermeras Profesionales de Arequipa, para la celebración de sus sesiones.

La Revista Médica de Arequipa, organo oficial de la Asociación, no ha podido aparecer con la regularidad que hubiésemos deesado, por dificultades derivadas de la empresa editora muy recargada de trabajo y también por la falta de colaboración de los socios. Sin embargo los dos números que se editaron durante este período han contado con material original e interesante. Mediante la revista, nuestras actividades científicas y gremiales, son conocidas en todas las principales ciudades de la República y en algunos centros médicos del continente y también de Europa. Ello ha traído como consecuencia, un intercambio de revistas médicas que vienen a incrementar nuestras fuentes bibliográficas, habitualmente poco nutridos. A los directores y colaboradores de tan árdua y meritoria empresa, a nombre de la Asociación, les expreso mi más sincera felicitación.

Finalmente me corresponde ocuparme de las actividades de caracter gremial, que en este año, han revestido excepcional importancia. Efectivamente, en los últimos días de este período, el Cuerpo Médico de Arequipa, ha obtenido, gracias a la tesonera labor de la Asociación Médica de Arequipa y de la Sociedad de Médicos del Hospital Goyeneche, una conquista que significa un clamoroso éxito gremial. Me refiero a la implantación del sistema de libre elección dentro del régimen de prestaciones médicas del Seguro Social del Empleado. Este hecho cuyos beneficios alcanzan por igual a empleados y médicos, merecen un análisis especial.

Cuando se iba a establecer el régimen de prestaciones médicas del Seguro del Empleado en Arequipa, el directorio de la Asociación, entonces presidido por el Dr. Felix Lazo Taboada, fué el primero en señalar ante los médicos de Arequipa y del Perú, el peligro que el procedimiento adoptado, significaba para el futuro de la porfesión y para los intereses de los empleados. Los hechos que a esta advertencia sucedieron son de todos conocidos. Puestos en práctica sin tener en cuenta la opinión técnica de los médicos, la Asociación se vió obligada a ocupar su posición de lucha y a asumir la conducta pertinente. Sin embargo, ante el peso de lo consumado las opiniones optimistas fueron muy escasas. Con todo, nuestra gestión institucional, pronto se hizo gremial al ser apoyada y defendida por la Federación Médica Peruana. Durante casi tres años y atravesando por una serie de viscicitudes que nos ocasionaron muchas y sensibles bajas y no pocos daños morales y materiales, sostuvimos tesonera y lealmente nuestros principios, que siempre fueron justos y serenos hasta que, al fin contando con una más efectiva ayuda de la Federación y aprovechando la visita del Sr. Presidente de la República y del nuevo Ministro de Salud Pública que escucharon comprensivamente nuestras demandas, conseguimos que resolvieran, en gesto que enaltece su condición de gobernantes, el cambio de un sistema que solo dificultades había conseguido crear. La visita del Presidente de la Federación y su profícua gestión ante las autoridades respectivas, culminó esta larga y sufrida batalla, y he ahí que como un regalo para los médicos en su aniversario y a tono con la excelsa figura de Carrión que lo simboliza, ofrecemos a todos los médicos de Arequipa, sin

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

distinción ninguna, el fruto de nuestros esfuerzos y de nuestra entereza moral institucional.

Pero, es justo que al celebrar este acontecimiento, recalquemos la labor de sus principales gestores. En primer termino debemos agradecer la acuvidad del Presidente de la Republica que ha sabido acojer nuestra solicitud, interpretando atinadamente, el sentir unanime de los medicos y los anhelos de los empleados. En segundo termino, al Ministro de Salud Pública que al sentir como medico nuestros mismos ideales, no ha vacilado en dar solución inmediata al problema. Al Presidente de la Federacion Médica Peruana, que con verdadera sagacidad ha conducido las gestiones. Al delegado oficial de la Asociación Médica de Arequipa Dr. Jorge de Romaña a cuya intervención oportuna y discreta, se debe gran parte del éxito final; a la FECIA que luchando por defender los intereses de los empleados, en todo momento apoyó nuestros puntos de vista y, finalmente, debo referirme con verdadero orgullo a las directivas que nos precedieron, porque fueron ellas las que sembraron la fecunda semilla cuyos frutos nos ha tocado en suerte cultivar, cosechar y entregarles a todos los médicos de Arequipa.

Una vez conseguida esta conquista es preciso que seamos consecuentes con los principios que animaron nuestra campaña. Al efecto, me permito hacer un llamado a todos los colegas para que, en la medida de lo posible —que es lo más frecuente— se ciñan a las tarifas establecidas por el Seguro, colaborando de este modo con el propósito verdadero de esta organización de facilitar la atención médica de los empleados haciendola económica y eficiente.

Con el propósito de garantizar el normal desenvolvimiento del nuevo sistema, las sociedades médicas de Arequipa se dirigirán al Cuerpo Organizador del Seguro del Empleado a fin de que autorize la creación de un comite de control médico que pueda dirimir las discrepancias técnicas que puedan surgir en la apreciación de diagnósticos, tratamientos, etc. Por de pronto la Federacion Médica Peruana ha nombrado delegado observador en este asunto al Dr. Felix Lazo Taboada, socio fundador de nuestra institución, lo que representa un honor muy justo para él y un motivo de complacencia para todos nosotros que conocemos sus dotes de ética y capacidad profesionales y su espíritu altamente gremial.

También hoy, tenemos que festejar el nacimiento, bajo nuestro techo, de una nueva entidad que vendrá a fortalecer nuestra función científica. Me refiero al Capítulo de Arequipa de la Academia Peruana de Cirugía. El Dr. Jorge de Romaña, Presidente actual de la Academia Peruana de Cirugía consecuente con su ascendrado amor al terruño, ha venido expresamente a fundarlo y dentro de breves instantes, asistiremos a la instalación de su primera Junta Directiva a la cual saludamos muy efusivamente.

Y así llego al término de este informe, pero antes de terminarlo, quiero agradecer a los colegas que me acompañaron en el directorio que hoy acaba su mandato y felicitar a los que me acompañarán en el que se inicia.

Al conjuro del inmortal nombre de Daniel A. Carrión, cuyo aniversario evocamos, quiero solicitar de todos mis compañeros de directiva y de todos los colegas el máximo de sus esfuerzos, por el progreso de la Medicina en Arequipa, por el de nuestra institución y por la armonía médica".

A continuación se llevó a cabo una comida de camaradería en los salones del Jockey Club de Arequipa.

Instalación del Capítulo de Arequipa de la Academia Peruana de Cirugia. — Durante esta misma sesion, el Presidente de la Academia Peruana de Cirugia, Dr. Jorge de Romaña Plazoles, instaló el Capitulo de Arequipa de la Academia Peruana de Cirugía, cuya primera directiva se constituyó de la siguiente manera:

PRESIDENTE
Dr. Humberto Portillo.

VICE-PRESIDENTE
Dr. Jorge Becerra de la Flor.

SECRETARIO
Dr. Armando Guerra.

TESORERO
Dr. Juan M. Vela Cornejo.

SECRETARIO DE ACCION CIENTIFICA
Dr. Guillermo Ballón Landa.

Con este motivo, el Dr. Jorge de Romaña pronunció el siguiente discurso:

"Para un profesional, y para ser más preciso, para un cirujano que ama su arte y al cual le ha dedicado las más caras inquietudes de su vida, no puede existir aspiración más justa que la de ocupar el lugar destinado a la dirección de las más altas instituciones intelectuales y culturales de la colectividad como son las Academias. Agradezco, por ello, al destino que me haya deparado la profunda satisfacción de volver a la tierra que me viera nacer presidiendo esta ceremonia de Instalación del Capitulo de Arequipa de la Academia Peruana de Cirugía ocupando el honrosisimo cargo de Presidente de esa Institución, honor que mis ambiciones juveniles no vislumbraron siquiera cuando, como ex-alumno de la Universidad del Gran Padre San Agustín partía a la Capital el 20 de Marzo de 1924, sin más anhelo que el llegar a realizar mi ideal de ingresar a nuestro hogar comun la Escuela de San Fernando para profesar nuestro apostolado tan humano.

Quisiera que este acto, de definitiva significación para el futuro quirurgico de Arequipa sirva para devolver en parte, la deuda eterna que tengo contraida con nuestra ciudad. Aquí, en la intimidad de mi hogar se modelaron las orientaciones iniciales y por tanto fundamentales de mi espíritu: aquí la escuela me abrió las puertas del conocimiento, la Universidad me ilustró y el ambiente me preparó para la honrada y justa apreciación de los valores humanos. Sobre estas bases he cons-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BIBLIOTECA ENRIQUE ENCINAS HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

truido y desenvuelto mi existencia y aquella que no se elaboraa sobre tales bases puede ser inutil y carente de emoción para servir a los demás.

El capítulo de Arequipa, que reunira a los cirujanos y especialistas de disciplinas afines, de la localidad, bajo las mismas pautas de la Academia Peruana de Cirugía, servirá para recoger estimular, ampliar y extender su experiencia para una justa apreciación tanto dentro como fuera del País. La Junta Directiva que preside mi dilecto amigo de siempre Humberto Portillo, gran luchador gran cirujano y gran caballero, es prenda seguro de exito. Comprendo y comprenden que tienen una enorme responsabilidad porque la vida y el futuro de las Instituciones, como la de los árboles, dependen de sus primeros cuidados pero se que manos capaces y generosas que nunca han temblado para hacer el bien y defender la verdad cuidaran que la semilla que se planta hoy, tan auspiciosamente, dé un tallo que no se doblegue ante los vientos y las pasiones subalternas y un fruto del que sabra nutrirse la salud de la colectividad.

El Capítulo de Arequipa nace en el Día de la Medicina Nacional; que el Sacrificio de Carrión guie sus pasos y quisiera formular, amparado por la gravitación profunda de su decisión ya historica, una sincera invocación por la unión espiritual de los médicos que con tan alto concepto Hipocrático cuidan de la vida y de la salud de nuestra Comunidad".

Acción Científica. — A pesar de la habitual apatía demostrada por los médicos locales, socios y no socios de la Asociación, por las reuniones científicas, la Secretaría de Acción Científica de la Asociación Médica, continúa esforzándose por estimular esta clase de actividades, sosteniendo el concepto de que, mediante la presentación de trabajos o la discusión bien orientada de temas clínicos, se cumple una función positivamente útil y realmente científica y se lucha contra el ejercicio rutinario y el esfuerzo aislado, dentro de la profesión.

Con este propósito, la Asociación está tratando por todos los medios a su alcance, de conseguir que visiten nuestra ciudad, médicos extranjeros o nacionales de reconocida capacidad, para que dicten conferencias sobre temas de interes y actualidad. De este modo, se ha conseguido que el Dr. Jorge Campos Rey de Castro, Jefe del Departamento de Patología del Instituto de Enfermedades Neoplásicas, dicte dos conferencias: una sobre tumores en los Niños y otras sobre Carcinomas Pulmonares. En los últimos días del pasado mes de marzo, la Asociación invitó al Dr. Arthur J. Vorwald, Director de la Fundación Trudeau y del Sanatorio y Laboratorio que dicha institución tienen instalados en Saranak Lake, New York, quien se encontraba en el país en una gira auspiciada por el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Cooperativo Inter-Americano de Salud Pública. El Dr. Vorwald, aceptó la invitación y expuso con notable documentación y admirable conocimientos, los problemas de diagnóstico y patología de la Silicosis y los nuevos avances en el tratamiento de la Tuberculósis Pulmonar.

La Secretaria de Acción Científica ha iniciado en este año, los Seminarios Clínicos Semanales, que consisten en la presentación de un caso clínico y la discución de los diferentes problemas que sugiere, de caracter diagnóstico, terapéutico, etc.

Acción Gremial. — La Asocicaión realizó una serie de gestiones para conseguir que se autorizará la creación de una Junta Médica de Control dentro del sistema del Seguro del Empleado. Estos esfuerzos culminaron con la aprobación de tal proyecto por parte del Ministro de Salud Pública, del Delegado del Ministerio y Presidente de la Junta de Lima y del Gerente del Seguro del Empleado. Este organismo estará integrado por el Jefe del Servicio Sanitario Departamental que la preside, por un delegado de las instituciones médicas locales y por un médico que represente a los empleados. En cuanto se normalice la situación gremial de estos últimos, quedará constituída y entrará en funciones.

Acción Cultural. — Entre algunos socios de la Asociación, se constituyó un Club de Revistas. De este modo se ha conseguido la suscripción a 6 revistas de las más importantes que se editan en el extranjero. Por otra parte, nuestra revista ha conseguido establecer canjes con muchas otras del país y del extranjero. Mediante estas dos fuentes, hemos conseguido formar una regular biblioteca. Y, para poner a disposición de todos los asociados, las revistas con que contamos se ha contratado los servicios de una empleada que atenderá a los lectores todos los días útiles de 6 a 8 p.m. en el local de la Asociación.

Visita del Presidente de la Federación Médica Peruana.—Con motivo de las Jornadas de Pediatría de Tacna, una numerosa comisión de médicos pediatras, visitó nuestra ciudad. Con ellos vino el Presidente de la Federación Médica Peruana Dr. Luis A. Suárez, en misión especial, para informarse personalmente del estado de la situación gremial en nuestro ambiente y del problema del Seguro Social del Empleado. Los visitantes, en su mayoría llegaron acompañados de sus esposas. Con este motivo tuvieron lugar una serie de actuaciones de caracter social y gremial. El Dr. Suárez fué recibido oficialmente en la Asociación Médica, donde se le otorgó un diploma de Miembro Honorario. En esta oportunidad, el Presidente de la institución, pronunció el siguiente discurso:

"Hoy es un día de saludable confortación y alegría franca para los médicos de Arequipa, poque se encuentra entre nosotros, el Presidente de la Federación Médica Peruana, símbolo de la institución que agrupa a la mayoría de los colegas del Perú, teniendo como propósitos la solidaridad de la familia médica y su superación profesional y social, para beneficio propio y de la Patria.

Pero, cobra singular importancia, esta reunión, porque el Presidente de la Asociación es portador de gratas noticias de caracter institucional, que son la justificación de largos y a veces desmayados, anhelos profesionales.

La clase médica, señores, a traves de la Historia, ha ocupado siempre un lugar especial y puede afirmarse que a medida que el hombre, como individuo o como celula social, ha venido perfeccionándose, paralelamente

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ha ido valorando más la significación del médico y de su fundamental labor social. Y es que, seguramente, no hay preocupación más notable ni más vasta y profundamente sentida que la de evitar el dolor o amenguarlo cuando se ha producido. Se puede adaptarse a la Naturaleza y entonces es la filosofía práctica y el buen criterio los que tienen la palabra; puede, a la inversa, adaptarse el Mundo exterior a la persona y son las ciencias físicas, las matemáticas, la ingeniería, la mecánica, las disciplinas que intervienen ,o tratar de armonizar los intereses y derechos humanos y entonces la abogacía, la sociología, serán los que actúan. En fin, es posible mejorar el mundo en que vivimos pero, el afán último de todo ser humano es sentirse bien lo que equivale a decir, sentirse sano, somática y psíquicamente y tales aspiraciones, se logran, principalmente, mediante la Medicina y la Religión. Por eso, el médico y el apostol, se confunden en su función y tendrán un lugar preferencial, cualquiera que sea el grado de adelanto material y el tipo de organización social de la humanidad.

Pero, este lugar predilecto, no se coupa sin esfuerzo y sin sacrificio. Es preciso luchar con tenacidad y con honestidad, para alcanzarlo. Pareciera que todo ideal humano, se consigue, siempre, solo a base de dolor y sacrificio. Solo adquiere contornos trascendentes y perdurables, lo difícil, lo sacrificado, lo doloroso. Y el médico para llegar a su posición no solo tiene que salvar el obstáculo de una carrera larga y pesada, sino que tiene que vivir una vida erizada de angustias, peligros y, muchas veces de ingratitudes. Probablemente porque así lo entienden, conciente o inconcientemente los demás, le han dispensado un lugar especial, que se sustenta sobre esas circunstancias el sacrificio, el dolor la abnegación. Por eso la profesión médica es trascendente, sólida y perdurable.

Como camaradas de esta senda, como co-partícipes del honor de ser médicos, todos los que tenemos el título, debieramos formar una hermandad sin grietas. La competencia que la vida práctica nos impone, debiera limitarse solo al aspecto técnico. Por sobre sentimientos personales, debiera insurgir el sentimiento, más grande y más noble de nuestra suprema misión: la vida. Núnca un médico debería actuar contra otro, porque al hacerlo, está obrando contra la Medicina. Sin embargo, es paradojalmente desconcertante, comprobar que, nosotros que, ante la enfermedad, el dolor, la tragedia, podemos mantenernos serenos, nos dejemos dominar por sentimientos a, veces pueriles.

La constante evolución de la organización social, comporta profundas modificaciones que afectan a todas las entidades profesionales. Todo pueblo, trata de alcanzar su máxima felicidad y una de las más sentidas expresiones de esta, es la conservación de la Salud. Los gobiernos, están obligados a facilitar los medios de conseguirla. Los médicos, como técnicos en la materia y como conocedores profundos del problema, estamos dispuestos a prestar nuestra más decidida colaboración. Pero, para llevar a cabo estos propósitos, hay que tener en cuenta que somos nosotros, los elementos fundamentales y, por lo tanto, es preciso que nuestra capacidad sea estimulada conservando el incentivo de nuestra superación, mediante un clima de libertad y una justa retribución.

Concretando lo dicho a nuestro ambiente local, la Asociación Médica de Arequipa en representación de los médicos de esta ciudad opina que:

1º. — Debe constituirse el Colegio Médico Nacional, para estrechar la vinculación de todos los médicos del Perú; para unir nuestros esfuerzos en el intento de un perfeccionamiento técnico, científico y moral, cada vez mayor y para defender, dentro de propósitos de armonía y bienestar general, nuestros derechos gremiales.

2º — Que se deje claramente establecido que, en cualquier programa relacionado con la mejor conservación de la salud de la colectividad, ya sea en el sentido preventivo como en el asistencial, los médicos, que somos autoridad en la materia, estamos dispuestos a prestar nuestra mas decidida y desinteresada colaboración, pero que reclamamos una participación activa en el planeamiento y ejecución de los programas. y,

3º. — Que esperamos que, en vista de esta disposición de ánimo, el Gobierno, escuche nuestras sugerencias inspiradas en el bienestar común y evite la implantación de sistemas que afecten nuestra armonía.

Después de enunciar, escuetamente estos tres puntos, concluímos diciendo que al enunciarlos, hemos tenido como lema, el lema nacional, es decir que, deseamos ser "firmes y felices por la unión".

Señor Presidente de la Federación Médica del Perú: para el cuerpo médico de Arequipa, su presencia ha sido un motivo de sincera alegría y alto honor. Dispense Ud. si la acojida que le hemos dispensado ha adolecido de algunos defectos. Ellos, en todo caso, se deben a la premura del tiempo con que hemos contado para organizarla. También le ruego que disculpe Ud. la laconicidad de este discurso y que aprecie Ud. en él más que el detalle, el fondo sincero y cariñoso de su contenido. Todos nosotros tenemos puestos en Ud. nuesta más caras esperanzas gremiales y estamos seguros de que, gracias a su firmeza, tino y honestidad, no serán defraudadas.

A nombre de la Asociación Médica de Arequipa, le hago entrega del presente diploma de honor, esperando que constituya un recuerdo de esta ciudad que sabe respetar y querer a los verdaderos valores."

La visita del Presidente de la Federación, permitió coordinar los esfuerzos de las instituciones médicas locales y de la Federación, para conseguir el establecimiento del sistema de libre elección de médico, dentro del Seguro del Empleado. Además, contribuyó a fortalecer los vínculos de unión nacional y a aumentar la solidaridad gremial.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE LIBROS

ESTUDIOS CIRURGICOS. — VI SERIE 1952.

Eurico Branco Ribeiro.

Sao Paulo Editora, S. A. Imprimiu.

El Autor, dintinguido cirujano brasilero, reune en este volumen varios de sus trabajos realizados o divulgados durante los años de 1946 a 1949. En ellos trasmite su gran experiencia quirúrgica, relata detalles o nuevas técnicas operatorias y expone casos interesantes de clínica quirúrgica tratados exitosamente. Se ajusta al siguiente **sumario:**

1. — 4 Congresos Médicos dentro de 21 días en 3 grandes capitais.
2. — Impressoes de un estrangeiro sobre un Congreso Nacional de Cirúrgia.
3. — O aluminio en clínica cirúrgia.
4. — O tratamento das queimaduras pela pasta de aluimino metálico.
5. — Teste para a ciculacao arterial dos membros.
6. — O tratamento da osteomielite aguda pela Penicilina intrarterial.
7. — Fractura transversal total da abábada do cráneo.
8. — Tratamento da fratura da clavicula pela ressescao parcial do osso.
9. — Fratura vertical da rótula.
10. — Un caso curioso de corpo estranho.
11. — Ciste dermoide interglútea (ciste pilonidal our retrossacro-cocígea).
12. — Resultados tardios do tratamento cirúrgico do cancer da mama.
13. — A incisao transversal no abdome superior.
14. — Aspectos da cirugia do baco.
15. — Pancitopenia esplénica.
16. — A incisao transversal para a cirurgía gástrica.
17. — A cirúrgia gástrica na I Jornada Brasileira de Gastroenterología.
18. — As úlceras do estómago e do duodeno segundo os últimos Congressos Médicos.
19. — A localizacao das úlceras do estómago e do duodeno.
20. — Um inquérito sobre úlceras do estómago e do duodeno.
21. — O problema do coto duodenal em cirurgia gástrica.
22. — A Cirúrgia e o cancer do fígado e das vias biliárias.
23. — O succinilsulfatiazol no preparo da cirúrgia intestinal.
24. — Torcao do segmento ileo-ceco-cólico (vólvulo do ceco).
25. — Rutura traumática do rim.
26. — O sinal da reveréncia na varicocele.
27. — O processo da tunelizacao no tratamento da varicocele.
28. — Detalhes de técnica no tratamento cirúrgico da hernia inguinal.
29. — A anestesia por infiltracao dos corpos cavernosos no cáncer do penis.

REVISTA DE REVISTAS

SINDROME COMUN EN LA PRACTICA HOSPITALARIA.

Dr. Carlos Alberto Seguín.
Revista Médica del Hospital Obrero de Lima Vol. I Números 1, - 2

El autor describe con el nombre de "sindrome psicosomático de desadaptación", una serie de cuadros clínicos muy comunes en Lima, que se halla en relación con la desadaptación psico-física que sufren los habitantes de la sierra peruana al tratar de vivir en la costa, y especialmente en la capital.

Así como el organismo humano, experimenta una serie de modificaciones somáticas al cambiar su medio ambiente, como lo han demostrado Monge y colaboradores estudiando al habitante de los Andes cuando desciende a la costa, as. también sufre diversas modificaciones en el aspecto psiquico.

Normalmente el hombre de la sierra tiene un fisiología y una psicología diferentes al de la costa. Su capacidad de adaptación social, es también diferente. Estos caracteres psicosociales distintivos se deben, entre los principales, a los siguientes factores: raza, organización familiar, relaciones con la comunidad, tipo de trabajo, la organización de la actividad diaria, lenguaje, paisaje, clima etc.

El crecimiento vegetativo de la población serrana que no guarda paralelismo con el aumento de posibilidades de trabajo, crea un malestar económico. El aumento de vias de comunicación facilita el movimiento migratorio hacia la costa. Pero este fenómeno se produce en condiciones bruscas que determinan el sindrome de desadaptación. Las características de este sindrome y sus consecuencias patológicas se pueden esbozar asi:

Etiología. — El sindrome se presenta generalmente en personas jóvenes. Aparece entre las primeras semanas hasta un año de su llegada. Generalmente el factor desencadenante es: una enfermedad cualquiera; un accidente de trabajo; una mala noticia familiar; dificultades en el trabajo; ruptura de la adaptación conseguida.

Sintomatología. — Desde el punto de vista somático, los síntomas más frecuentes afectan al aparato circulatorio, digestivo, respiratorio, de la cenestesia, y consisten en, palpitaciones y disnea; vinagreras, aerofagia, flatulencia, diarreas; dolores torácicos, tos; sensación de debilidad, enfriamiento de los pies y cansancio. Desde el punto de vista psíquico, presentan, predominantemente depresión y angustia.

Patogenia. — El sindrome de desadaptación, es una forma del fenómeno común de la nostalgia que se origina por cualquiera de las causas somáticas enumeradas y agrava los síntomas propios de ellas. La importancia de su descripción, está en que constituye una reacción frecuentísima en Lima y en que no se comprende su verdadero significado porque se enfoca la atención solamente en el examen de los organos y no se piensa en

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

el individuo que los lleva, lo que ocasiona una completa desorientación diagnóstica y terapéutica.

El síndrome de desadaptación sería un caso típico de "huída en la enfermedad", según la concepción de Leriana. Pero analizando más profundamente, es preciso preguntarse porque un individuo presenta síntomas exclusivamente psicológicos y otros somáticos, frente al mismo problema y por que dentro del mismo síndrome un individuo presenta síntomas respiratorios y otro digestivos. Y, buscar la explicación pensando que hay individuos propensos a descargar sus estados tensionales en el sistema neurovegetativo y otros a somatizarlos en el órgano débil constitucionalmente. Y además tener en cuenta los fenómenos de fijación de síntomas producidos por accidentes o enfermedades previas o la fijación de la descarga instintiva de acuerdo a la evolución individual, y la capacidad de un órgano o sistema para expresar, simbólicamente, una tendencia determinada. Finalmente el momento en que un choque emotivo se produjo, pudiéndose localicar los síntomas en los órganos sometidos a tensión en ese momento.

Evolución. — Sin tratamiento, evoluciona a la cronicidad. El peligro mayor está en la acción medica equivocada, pués, los examenes y análisis exagerados o innecesarios, inducen al enfermo a continuar en su actitud de huída en la enfermedad o lo llevan a la hipocondria. En cambio algunos casos mejoran, al mejorar las causas predisponentes, determinantes o desencadenantes. El diagnóstico se basa en la observación de los datos ya enunciados, en pensar en el sindrome y se facilita aplicando el "test psicosomático de utilidad práctica" descrito por el mismo autor.

Pronóstico. — Depende de la predominancia de los factores, predisponentes, determinantes y desencadenantes, de la gravedad del síndrome fisiológico de adaptación, de la edad; del tiempo de evolución; de la actitud de los médicos tratantes.

Tratamiento. — Puede acudirse al tratamiento sintomático, convenciendo al paciente que por razones médicas le conviene y debe volver a su lugar de origen o, cuando existan posibilidades reales de superación, adaptar al individuo sobre bases positivas que lo conduzcan a abandonar su actitud de "huída en la enfermedad" y de enfrentar la vida con otros métodos.

VALOR DE LA PROCAINA EN EL TRATAMIENTO DE TAQUICARDIAS, INCLUYENDO TRES CASOS DE CONDUCCION VENTRICULAR ABERRANTE A CAUSAS DE SU USO.

American Heart Journal 44:851 Diciembre 1952.

La Procaina Amida (Pronestyl), un monoclorhidrato de p-amino- (2-dietilaminoetil) benzamida, parece ser la droga más promisora en el tratamiento de la taquicardia, desde el advenimiento del sulfato de quinidina. Kelley y sus asociados administraron procaina amida por vía endovenosa a 16 pacientes durante 22 episodios de taquicardia, con conversión al ritmo sinusal normal en 14 casos. La taquicardia ventricular se trató con éxito en los 5 casos en los que ocurrió. La taquicardia supraventricular respondió en 8 de 12 casos. 2 casos de taquicardia atrial con bloqueo 2:1, incluídos en este grupo, no revertieron a ritmo normal. En 4 casos de fibrilación atrial reciente con frecuencias ventriculares rápidas, el ritmo sinusal normal retornó en uno y en dos casos aparecio flutter auricular. Conducción ventricular aberrante a frecuencia rápida complicó a dos casos de fibrilación auricular. Conducción ventricular aberrante apareció en un caso de taquicardia auricular con bloqueo 2:1 después de tratamiento con procaina amida y sulfato de quinidina. Parece aconsejable digitalizar totalmente a los pacientes con fibrilación suricular antes de administrarles procaina amida. La vía endovenosa es segura y los resultados se obtienen rápidamente. La única desventaja prática del uso de la procaina amida por esta ruta es una leve acción hipotensiva.

ESTUDIOS CUANTITATIVOS DE CIRCULACION DEL LIQUIDO ASCITICO CON AGUA MARCADA CON TRITIUM.

T. C. PRENTICE Y COLABORADORES.

American Journal Of Medicine 13:668 — Diciembre 1952. (De J. A. M. A. 151:942 Marzo 1953).

Los estudios con isótopos demuestran que el líquido ascítico no está atrapado o segregado. Se estudiaron 6 pacientes con ascitis: 4 tenían cirrosis de Laennec y 2 carcinomatosis peritoneal metastásica. A cada paciente se le administró 2 cc. de agua marcada con tritium, intravenosa o intraperitonealmente. Se obtuvieron muestras seriadas de líquido ascítico y de sangre venosa durante un período de 7 a 24 horas después de la inyección y se determinó su contenido en tritium. 1 cc. de sangre total del paciente, conteniendo hematíes marcados con P32 se inyectó en la cavidad peritoneal al mismo tiempo que la solución de tritium. Un nivel plano de radioactividad debida al P32 en el líquido ascítico, fué notado después de 15 minutos, indicando completa mezcla de las células en el seno del líquido. Los resultados obtenidos en estos 6 pacientes demuestran que un volumen grande de agua que varía entre el 40 y el 80% del volumen total del líquido ascítico, entra y sale de la cavidad peritoneal en cada hora. Así un paciente con 6 litros de líquido ascítico hace circular aproxmadamente 58 a 115 litros de agua por día en su cavidad peritoneal. El volumen de líquido ascítico permanecerá constante si la cantidad que ingresa es igual a la que egresa; sin embargo, una diferencia de 50 cc. por hora entre ambas, reducirá o aumentará el líquido ascítico a razón de 1200 cc. al día. Esto muestra que debe existir un delicado balance entre las cantiddaes de ingreso y egreso para prevenir grandes fluctuaciones en el volumen de líquido ascítico. En 3 pacientes el volumen total del líquido ascítico fué confirmado por otros métodos: en uno por el peso del paciente antes y después de la paracentesis y por el volumen del líquido recuperado, y en 2 por la dilución de los hematíes marcados con P32 que fueron introducidos en la cavidad peritoneal. Los volúmenes coincidieron con diferencias menores de un litro. Las superficies peritoneales, tanto en personas sanas como enfermas, son capaces de reabsorber grandes volúmenes de líquido, pero no resulta ascítis sino cuando la corriente entra-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

da excede la máxima capacidad de reabsorción. Usando este principio, la presencia o ausencia de ascítis en una variedad de condiciones resulta más facilmente comprensible.

CLOROMICETINA EN RELACION CON DISCRASIAS SANGUINEAS CON OBSERVACIONES EN OTRAS DROGAS: INVESTIGACION ESPECIAL.

C. N. Lewis y Colaboradores.

Antibiotics And Chemotherapy 2:61 — Diciembre 1952. (De J. A. M. A. 151:857 — Marzo 1953).

A comienzos de 1950 aparecieron informes responsabilizando al Chloramphenicol de ciertas discrasias sanguineas. Cuando se informaron casos adicionales, se inició una investigación nacional. Los datos recolectados de hospitales y de médicos indicaron que la cloromicetina causa discrasias sanguineas en algunas personas susceptibles, incluyendo anemia aplástica, púrpura trombocitopénica (grupo A). En 44 casos, la enfermedal fué anemia aplástica y 23 terminaron fatalmente. Anemia aplástica también ocurrió en 95 de 143 pacientes (grupo B) que recibieron cloromicetina y otras drogas. En los casos que no recibieron cloromicetina (grupo C), hubieron 341 casos de discrasias sanguineas, incluyendo 157 casos de anemia aplástica. En muchos de los casos de este último grupo se diagnósticó anemia aplástica idiopática, y en algunos fué causada por sustancias químicas o radiaciones Ha habido un definido aumento en la incidencia de discrasias sanguineas desde 1949 hasta Julio 1952, peo este aumento ha sido perceptible tanto en los casos en los que solo se usó cloromicetina, como en los que no recibieron esta droga. En muchos de estos casos se usó cloromicetina para infecciones menores, acné y "profilaxis contra resfrios"; esto indica uso indebido y falta de respeto a los peligros de un potente agente terapéutico. En los casos en que la cloromicetina estaba envuelta, hubo una alta incidencia de tratamientos múltiples, intermitentes y prolongados en oposición a cursos simples. El régimen de dosificación pareció tener poca o ninguna participación en el desarrollo de la discrasia. El hecho de que muchos miles de pacientes han recibido cloromicetina sin efectos perjudiciales indica que las discrasias sanguineas atribuibles a esta droga son relativamente raras. Los autores deploran que algunos médicos duden en informar los efectos colaterales serios atribuibles a drogas. Un informe traería tales reacciones colaterales a la atención de otros y evitaría daños y muertes innecesarios.

La Administración de Alimentos y Drogas de Estados Unidos mantiene un archivo de injurias por drogas, el cual en parte consiste en cartas enviadas por médicos declarando reacciones no usuales a drogas. Esta investigación fué iniciada por una declaración de esta clase. Los expertos insisten en que el uso de antibióticos debe ser basado en clara evidencia clínica y de laboratorio; condenan el uso casual de cloromicetina o de cualquier otro agente terapéutico potente.

RESULTADOS DE 510 MEDULECTOMIAS SUPRARRENALES EN LOS SINDROMES DE HIPERSUPRARRENALISMO MEDULAR. (RESULTATS DE 510 MEDULLECTOMIES SURRENALES DANS LES SYNDROMES DE L'HYPERSURRELISME MEDULLAIRE).

LUIGI DURANTE (Génova)

La Presse Medicale 60, 5:102,23 Enero 1952.

La medulectomia suprarrenal es la intervención menos mutilante de la cirugía endocrinológica, ya que el material que extirpa no llega a 0.5 gr.; aun en la ablación bilateral. Recuerda el A que existe un grupo de enfermedades que presentado una sintomatología y bases anatomopatológicas diferentes son todas atribuibles al mismo denominador patogénico: hiperfunción de la médula suprarrenal. A este grupo pertenecen sindromes variados que pueden manifestarse: por trastornos de la circulación sanguinea en el sentido de un aumento excesivo hipertensión esencial y maligna; por trastornos de la vasomotilidad de diferentes grados hasta llegar al cuadro típico de Raynaud; por lesiones endoarteriales obliterantes del tipo Winiwarther y tromboangeíticos de tipo Buérger. Estas lesiones no se limitan a un punto del territorio de los miembros sino que se les encuentra en todos los sectores del aparato vascular, de manera de producir los cuadros clínicos más variados é insospechados; algunos se pueden, reconocer hoy día al comienzo, como los sindromes esclerodérmicos, los cuadros anquilósicos no infecciosos y una parte de la patología cerebral. La reducción o la supresión total de la médula suprarrenal produce una remisión tan marcada de estos sindromes que se pude considerar como una verdadera curación radical.

El A. expone su experiencia sobre la medulectomía suprarrenal que él practica durante más de 15 años y que se basa sobre 510 intervenciones.

La medulectomia es una operación selectiva puesto que respeta los 9|10 del peso de la glándula no comprometida por el trastorno a corregir. Aunque ella no es la intervención ideal cuando no interesa a la causa fundamental del trastorno neuro-endocrino y se limita a operar sobre la materia a través de la cual se completa este ciclo productivo determinante del sindrome, es sin embargo la operación más eficaz para corregir los sindromes en cuestión, pues allí donde las intervenciones ganglionares, esplacnicas, periarteriales habian fracasado o habían sido seguidas de recidivas, la medulectomia ha originado la curación clínica en casi todos los casos.

Las curaciones sorprendentes que se obtienen por medio de la medulectomia en los sindromes esclerodérmicos más graves demuestran que ella actua no solamente sobre la red vasal, sino también sobre la trama mesenquimal y conectiva de sosten de los tejidos y de los organos. Si esto es verdad será preciso abrir a esta intervención un campo inmenso de experimentación quirúrgica.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

A PROPOSITO DE LOS MENINGIOMAS INTRA-VENTRICULARES. LA FORMA SEUDO-HIPOFISIARIA. — (A PROPOS DES MENINGIOMES INTRA-VENTRICULARES. LA FORME PSEUDO-HIPOPHYSAIRE).

J. A. Chavay, M. Bondulle y G. Guiot — París.

La Presse Medicale, 60 5:09, 23 Enero 1952.

Los autores comienzan diciendo que los meningiomas intra-ventriculares constituyen una variedad relativamente rara de los meningiomas. Semejantes neoplasias tienen una predilección marcada por la encrucijada ventricular y esta afinidad de localización les confiere una sintomatología bastante sugestiva que Cushing ha resumido a grandes rasgos así:

1.—Signos de hipertensión intracraneana con cefalea de tendencia homónima;

2.—Hemiparesia sensitivo-motriz cruzada;

3.—Hemianopsia lateral homónima contralateral susceptible de interesar el campo de la mácula y lo más a menudo acoplada con trastornos de la lectura de tipo aléxico;

4.—Trastornos cerebelosos, en la mitad de los casos localizados en el mismo lado del tumor.

Los autores relatan en su artículo la observación de un enorme meningioma intraven-trícular de la encrucijada izquierda en una joven de 22 años, que se presentaba clínicamente y sobre todo radiologicamente como un cráneo-faringioma. La existencia de una hemianopsia lateral derecha, que se observa excepcionalmente en las bolsas de Ratke, sugería una duda que fue disipada por la ventriculografía. Esta afirmaba y demostraba la existencia de un tumor profundo de la parte posterior del hemisferio izquierdo. La exéresis sumamente larga y dificultosa a causa del volumen del tumor (225 gramos) originó una curación completa y sin escuelas post-operatorias Solamente la hemianopsia pre-operatoria no fué influenciada.

EL DIAGNOSTICO DE LAS METASTASIS OSEA DEL CANCER DE LA PROSTATA Y DE LA OSTEITIS FIBROSA (LE DIAGNOSTIC DES METASTASES OSSEUSES DU CANCER DE LA PROSTATE ET DE L'OSTEITE FIBREUSE).

J. A. Lievre (París)

La Presse Medicale, 60 5.85, 23 Enero 1952.

El autor expone en su artículo un tema que en la práctica corriente hace que se dude y se titubee, aun en centros medicos competentes: es el del diagnóstico de las metástasis óseas del cancer de la próstata.

De la lectura del trabajo se puede sacar como conclusiones que;

1º—El aspecto radiológico de las metástasis del cancer de la próstata y el de las localizaciones pelvianas de la osteitis deformante de Paget pueden distinguirse perfectamente.

2º—Cuando se discute la naturaleza de una lesión ósea de la pelvis existiendo una lesión prostática, debe recordarse la frecuencia de formas latentes de la enfermedad de Paget y la posibilidad de una coincidencia fortuita.

3º—Los cánceres de la próstata con metástasis óseas se acompañan a menudo de una elevación considerable y casi característica de la fosfatasa ácida en el suero sanguineo, mientras que la fosfatasa alcalina está poco elevada. En algunos casos las dos fosfatasas son bajas; estas dosificaciones no son entonces válidas para el diagnóstico que estudiamos; una fosfatasa alcalina muy alta, con fosfatasa acida ligeramente elevada se observa en la enfermedad de Paget. Repitiendo los examenes en los casos dudosos se podrá ver acentuoarse la hiperfosfatasemia acida considerablemente como acompañamiento del cancer prostático.

4º—No le parece al A. que existan datos positivos que le permitan creer que un cáncer prostático sea el origen de lesiones no cancerosas de los huesos.

REEMPLAZO SANGUINEO Y RESECCION GASTRICA POR ULCERA PEPTICA MASIVAMENTE SANGRANTE.

John D. Stewart, George M. Sanderson y Charles E. Wiles.

Anales de Cirugía, 11 10.206, 1952.

Durante un período de cinco años los autores han estudiado un método de tratamiento de la úlcera péptica sangrante grave. En este estudio se han seguido criterios definidos en cuanto a la violencia y gravedad de la hemorragia y solo los enfermos que reunían esos criterios han sido tratados de acuerdo con el método que se probaba.

Así efectuaron el reemplazo inmediato de sangre y la gastrectomía subtotal, o una modificación necesario de ella, en una serie consecutiva de ciento diez casos, habiendo doce muertes.

El promedio de la masa total de hematies circulantes inicial era de 38.5 por ciento de lo normal y la cantidad media de sangre dada en la operación fué de 2.5 litros; la edad media de los enfermos fué de 53.5 años y dieciocho de los pacientes tenian más de setenta años de edad.

Describen las complicaciones post-operatorias y consideran brevemente el problema del diagnóstico. Llegan a las siguientes conclusiones:

1.—Si se dispone de las condiciones apropiadas, la hemorragia fatal por úlcera péptica puede ser evitada por el reemplazo sanguíneo inmediato y la resección gástrica definitiva.

2.—El tratamiento quirúrgico que detiene la hemorragia es también el que da mayor seguridad contra ulteriores manifestaciones de la úlcera péptica.

BOCIOS QUIRURGICOS. A PROPOSITO DE MAS DE QUINIENTAS OPERACIONES.

Dr. Delfor del Valle y Dr. Alfredo C. Giordano.

Anales de Cirugía, 11, 10:227, 1952.

Los autores presentan el resultado de mas de quinientos bocios intervenidos en treinta y cinco años de practica quirúrgica y llegan a las siguientes conclusiones:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

1.—El bocio hipertiroideo debe ser operado después de la "poussé" en el período en que no hay hipertiroidismo. Este período puede ser fugaz; por eso hay que saber aprovecharlo. Se llega a él con los recursos conocidos.

2.—La insuficiencia hepática debe ser siempre buscada y corregida antes de operar.

3.—Se abaga por la amplia exposición de la zona operatoria (secciones musculares en los bocios grandes).

4.—No se aboga por la búsqueda sistemática del recurrente.

5.—No se debe ligar la tiroidea superior en su tronco para ponerse a cubierto de un sindrome paratiroprivo por inexistencia de las paratiroides inferiores.

6.—No se debe iniciar una intervención si falta en el instrumental la cánula de traqueotomía (Kocher) y si la transfusión de sangre no está ya marchando.

7.—Se preconiza el uso generoso de la transfusión sanguinea antes, durante y después de la operación de bocio.

8.—En la actualidad, la mortalidad no debe pasar del 2 por ciento en el bocio con hipertiroidismo; en caso contrario, se debe buscar la causa en una tactica o técnica quirúrgica defectuosa o en una indicación inoportuna.

9.—Practicamente podemos hablar de ausencia de recidivas de hipertiroidismo si solo se deja una cantidad de tejido glandular tiroideo equivalente al pulpejo del índice en ambos lados.

EFECTOS DE LA ESTIMULACION ADRENOCORTICAL SOBRE LA FUNCION TIROIDEA. — OBSERVACIONES CLINICAS EN LAS CRISIS TIROTOXICAS Y EL HIPERTIROIDISMO.

Dr. Emerick Szilagvi, Artur B. McGraw y Nicholas P. D. Smyth.

Anales de Cirugía, 11 10:4 1952.

Los efectos clínicos de la administración de córticotropina (A.C.T.H.) fueron observados en tres casos de crisis tirotóxicas severas que no respondieron a otras medidas y en cinco casos de hipertiroidismo debido a la enfermedad de Graves (cuatro de ellos) y un bocio edematoso (el otro), que presentaron dificultades desusadas en la preparación preoperatoria. En los últimos cinco la acción de la córticotropina sobre la actividad de la glándula tiroidea fué seguida por determinaciones seriadas del colesterol sanguineo, del yodo proteico, del metabolismo basal y de la fijación y excreción del yodo 131.

El efecto de la córticotropina en la crisis tirotóxica parece haber sido benéfico. Las tres pacientes se recuperaron bien. En el hipertiroidismo el curso clínico mejoró solo en forma moderada o ligera; sin embargo, todas las pacientes tratadas previamente con córticotropina y con cantidades completamente insuficientes de yodo o en un caso sin yodo, soportaron la tiroidectomia radical subtotal en forma notablemente buena.

Los índices de laboratorio de la función tiroidea (colesterol en sangre, yodo proteico, metabolismo basal y fijación de yodo 131) revelaron una depresión significativa en un caso y depresión ligera en otro; en una paciente la actividad tiroidea pareció aumentada y en dos casos los cambios fueron insignificantes o equívocos.

La córticotropina no agregaría nada a los métodos corrientes de tratamiento del hipertiroidismo. Sin embargo, en los casos de tirotoxicosis que requieren tratamiento quirúrgico y en los que la medicación convencional es parcial o totalmente ineficaz, la córticotropina (o la cortisona) es un agente util de preparación preoperatoria. El uso de la hormona u hormonas en el tratamiento de la crisis tirotóxica parece también justificado.

Se postula la explicación de que el efecto benéfico de la córticotropina en la crisis tirotóxica y sobre la reacción a la operación y el recuperamiento posterior a la misma en pacientes tirotóxicos, se ha realizado por la respuesta antiesfuerzo de la corteza adrenal.

UN ANALISIS DE LA CONTROVERSIA SOBRE LA VAGOTOMIA.

George Crile Jr.

Anales de Cirugía, 11 10:217, 1952.

Los motivos más importantes en las diferencias de opinión referentes al valor de la vagotomía con gastroenterostomía para el tratamiento de la úlcera duodenal son:

a)—Diferencias en la selección de los casos para la operación.

b).—Diferencias en la técnica operatoria.

Cuando se utilizan dos o más operaciones para el tratamiento de una enfermedad, no tiene sentido comparar los resultados, salvo que se haya empleado un mismo criterio para elegir los casos para cada tipo de operación.

Los "efectos colaterales" que han sido atribuidos a la vagotomía son en realidad complicaciones de una gastroenterostomía que funciona impropiamente.

Si la gastraenterostomía está correctamente colocada y efectuada no debe haber retención gástrica prolongada y no debe ocurrir retención transitoria en más de un 8 por ciento de los pacientes sometidos a vagotomía. El promedio de estadía en el hospital de los ultimos cien operados del autor fué de siete días; el 49 por ciento de los pacientes abandonan antes o en el sexto día del postperatorio y el 97 por ciento en o antes del décimo.

La vagotomía con gastroenterostomía ofrece igual protección contra la ulceración recurrente que la resección de las tres cuartas del estómago. Las gastrectomías más radicales dan una incidencia menor de ulceración recurrente, pero originan una incidencia intolerable de complicaciones nutritivas para las cuales no existe un tratamiento eficaz.

Se obtuvieron buenos resultados en el 90 por ciento de los pacientes observados de dos a cinco años después de una vagotomía con gastroenterostomía. En un 3 por ciento fué necesaria la resección gástrica por úlcera marginal.

El grado de mortalidad hospitalaria por vagotomía con gastroenterostomía ha sido de menos de un 0.5 por ciento (dos fallecimientos en cuatrocientos treinta casos).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

GLUCOLINA COMPUESTA

FORMULA:

Piridoxyna	50	miligramos
D. L. Metionina	300	"
Colina	50	"
Dextrosa al 30% c.s.p.	20	cc.

INDICACIONES

HEPATOPATIAS — CIRROSIS — ICTERICIAS — INTOXICACIONES ALCOHOLICAS Y ALIMENTICIAS — HEPATITIS TOXICAS E INFECCIOSAS — VOMITOS DEL EMBARAZO — PRE Y POST OPERATORIO.

MAYOR CANTIDAD DE SUBSTANCIAS LIPOTROPICAS A UN MENOR PRECIO

Laboratorios "D. A. CARRION S. A."

AV. BOLIVIA 1157-1161 — TELEFONO 32130 — Casilla 3113

LIMA - PERU.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ENRIQUE W. GIBSON LTDA.

OFICINA PRINCIPAL AREQUIPA.

Calle Merced Nº 110 — Casilla Nº 10.

Central Telefónica Nº 2080.

Oficina en LIMA: Edificio Rimac 2do. piso.

DISTRIBUIDORES DE

Especialidades Farmacéuticas.

Bayer (Leverkusen — Alemania)
Ciba, S. A. (Brasilera — Suiza)
Carlo Erba, S.A.P.
Chilcott Laboratories
Chas Pfizer y Co.
Establecimientos Leonard, S. A.
Estab. Peruanos Colliere, S. A.
Frank W. Horner Ltd.
Laboratorios "Hormona"
" "Knoll"
" "Lederle"
" "Luitpold Werk"
Laboratorios "Mexyl"
" "Midy"
" "Roche"
" "Wander"
Merck (North América) Inc.
Mead Johonson y Co.
Sharp y Dohme Inc.
Schering A.G. (Berlín - Alemania)
U. S. Vitamins Corp.
W. S. Merrel Co.
Wyeth Incorporated International Ltd.

Apósitos Quirúrgicos

Bauer & Black
Johnson & Johnson International

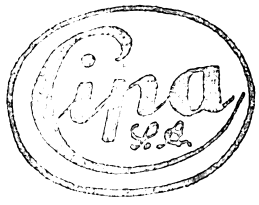
Jeringas Hipodérmicas, Aguas, Estetóscopos, Manómetros y otros aparatos médicos.

Becton, Dickinson & Co.

Perfumería y Artículos de Tocador.

Yardley of London.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



PROTAMIN

COAGULANTE

FORMULA:

Cada ampolla contiene:

Protamina sulfato	50 mg.
2 - Metil - 1,4 Naftoquionona ...	10 mg.
Agua destilada c. s. p.	5 c.c.

Laboratorios Cipa S. A.

Cipa S. A.

EUTON

NORMOTENSOR

FORMULA:

Cada tableta contiene:

Manitol hexanitrato	20 mg.
Papaverina clorhidrato	40 mg.
Bromocolina bromuro	2 mg.
Rutina	10 mg.
Teobromina	50 mg.
Fenobarbital	15 mg.

La Colmena, 5.865

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera